Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES, SUR CES SCIENCES, PUBLIES EN FRANCE

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.
ANNALES DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE M. BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
TRANSACTIONS MÉDICALES;
JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, ETC.;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE;
LA LANCETTE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME QUINZIÈME.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1833.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

OCTOBRE, 1833.

De la blennorragie chez la femme.

La blennorragie dont la fréquence est malheureusement si grande, a été étudiée par tous les auteurs qui se sont occupés de maladies vénériennes, mais n'a pas toujours été expliquée de la même manière. Ainsi, les uns l'ont envisagée comme une forme, comme un mode de la vérole; tandis que d'autres l'ont considérée comme une maladie tout-à-fait à part et distincte. Entre ces deux extrêmes qu'a voulu juger, en 1810, la société de médecine de Besançon, s'élève une opinion mixte plus rationnelle, et qui, ne faisant pas de la blennorragie une maladie unique, en reconnaît des espèces différentes. C'est cette manière de voir que l'observation m'a forcé d'adopter.

En effet, si nous étudions les causes de la blennorragie, l'état des tissus qui en sont le siége, et les symptômes qui l'accompagnent ou la suivent, nous voyons qu'elle n'est pas toujours la même.

Toutefois, pour la bien étudier et la mieux comprendre, c'est à sa source qu'il faut l'aller chercher, et c'est des organes de la femme qu'il faut prendre son point de départ. Chez elle, toutes ses formes sont pour ainsi dire dévoilées par la facilité avec laquelle on peut tout voir, et le merveilleux d'une foule de faits trouve alors une prompte et facile explication.

Je suis étonné que tous les auteurs qui ont cherché à systématiser, n'aient pas envisagé la question de la même manière, et qu'au lieu de bâtir des théories en face du méat urinaire de l'homme, sans pouvoir pénétrer dans son étroit canal, ils n'aient pas songé à la facilité avec laquelle on pouvait explorer le vagin, et vérifier, par l'observation directe, ce qu'on ne faisait que supposer chez l'homme.

C'est donc chez la femme que nous avons commencé l'étude de la blennorragie, et c'est par elle que nous avons ensuite mieux compris et mieux expliqué cette affection chez l'homme.

Chez elle, nous avons vu, sous le rapport des causes, la blennorragie être tantôt spontanée, et naître hors du coït, sous l'influence de différens états pathologiques et non vénériens : tels que les scrofules, les dartres, la seconde dentition, etc. Les saisons (le printemps et l'automne), ne semblent pas étrangères à son développement plus ou moins facile, à sa plus ou moins grande fréquence. Tantôt elle était due à une cause, soit mécanique, soit chimique, telle que la masturbation répétée, l'abus du coït, du reste pur; le coït prématuré, ou pratiqué à l'époque où il y a disproportion entre les organes; l'intromission, dans les parties sexuelles, de corps étrangers irritans, solides ou liquides; les contusions, les déchirures; certains exercices qui entraînent beaucoup de fatigues, etc. Tantôt enfin, sa cause était un coït impur bien constaté; un écoulement contagieux l'avait produite, et, contagieuse à son tour, elle était susceptible de transmission; mais alors, elle a toujours infecté de prime-abord la partie soumise à la contagion; jamais la matière d'une blennorragie contagieuse, portée dans les organes de la génération, n'a, par exemple, eu, pour premier phénomène, une ophthalmie blennorragique, ou n'a produit une otorrhée. Quand ces accidens sont arrivés, et qu'on a pu les attribuer à la blennorragie sans preuve d'infection directe, les individus qui en étaient affectés avaient encore, ou avaient eu précédemment, et au moment de la naissance de ces accidens, des blennorragies uréthro-génitales, ou anales; jamais de la matière prise par la bouche n'a produit un écoulement par les parties génitales comme on l'a récemment annoncé.

Quand j'ai recherché, dans la blennorragie chez la femme, quels étaient les rapports qui pouvaient exister entre les causes particulières et le siége précis, je n'ai rien trouvé de constant. En effet, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, qu'elle qu'ait été la cause de l'écoulement, la vulve, l'urèthre, le vagin et l'utérus ont pu être isolément ou concurremment affectés. Cependant, il est vrai de dire (et c'est ce que nous avons avancé dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine, et inséré dans la collection de ses travaux) que l'urèthre, chez la femme, est plus souvent pris seul, ou en même temps que le reste des organes de la génération, lorsque la blennorragie est le résultat d'un coït impur.

Sous le rapport des lésions de tissus, nous avons trouvé, ainsi que nous l'avons déjà publié, la muqueuse uréthro-génitale, dans toute son étendue, ou dans des points isolés, d'un rouge plus ou moins

intense accompagné de tuméfaction, de chaleur et de douleur, sans qu'il y eût pourtant de sécrétion, et présentant un état comme érysipélateux, pouvant durer ainsi un certain temps, pour disparaître ensuite, ou ne constituer que la première période d'une inflammation catarrale, donnant bientôt lieu à une sécrétion morbide variable, et dont les différences, jusqu'à présent, ne semblent avoir aucun rapport avec la cause particulière de l'affection. J'ai trouvé, en explorant la vulve, le vagin et le col de la matrice, la muqueuse couverte de papules ou de follicules plus ou moins développés, constituant une vaginite ou utéro-vaginite papuleuse, une psorélytrie, ainsi que je l'ai nommée, et pouvant se présenter à différens degrés, tantôt sous forme de petites taches de la grosseur d'une tête d'épingle, plus ou moins isolées, plus ou moins confluentes, tantôt sous la forme plus avancée de granulations, en quelque sorte privées d'épithélium, et ressemblant à des bourgeons charnus; tantôt enfin, pouvant passer à l'état de véritables végétations.

La muqueuse vulvaire, la muqueuse uréthrale, autant qu'on pouvait la voir, la muqueuse vaginale et utérine, ont souvent présenté des plaques plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, ressemblant à des surfaces de vésicatoire en pleine suppuration : chez une femme, dans la partie profonde et sur le col de la matrice, la muqueuse a offert une éruption d'herpes phlycténoïdes des plus caractérisées; enfin des ulcérations diverses se sont présentées dans les différens points de son étendue.

Des sécrétions variables ont été trouvées dans l'urèthre, la vulve, le vagin et l'utérus; mais leur différence n'a pas semblé non plus liée à telle lésion de tissus, ou à telle cause plutôt qu'à telle autre. L'état aigu, quelle qu'ait été la lésion particulière, a donné lieu, au début, à une sécrétion presque séreuse, ou bien muqueuse normale, seulement plus abondante, puis devenant opaque, puis passant à l'état franchement purulent d'un jaune plus ou moins foncé, plus ou moins verdâtre, et teinte quelquefois de sang. L'état chronique donne lieu souvent à une sécrétion laiteuse plus ou moins épaisse, et se rapprochant de la consistance caséeuse, ou seulement à un flux muqueux. L'écoulement chronique peut aussi être roussâtre ou teint de sang. Les écoulemens aigus ou chroniques peuvent être complètement inodores, ou au contraire avoir une odeur excessivement forte, quand il y a des papules muqueuses. L'odeur *sui generis* est alors tellement prononcée qu'elle est caractéristique dans un grand nombre de cas; dans d'autres circonstances elle se rapproche plus ou moins de l'odeur fétide du cancer et des matières fécales.

Du reste, les seules différences qui résultent du siége particulier, c'est que les sécrétions utérines sont toujours plus muqueuses, filantes, agglomérées en flocons; tandis que celles qui viennent de l'urèthre, de la vulve, et du vagin, constituent un liquide à molécules plus libres et plus indépendantes les unes des autres.

Les symptômes de la blennorragie chez la femme, n'offrent pas de différences toujours en rapport avec la cause qui l'a produite, ils sont plus particulièrement liés à son siége précis et à son degré d'intensité.

Cependant, j'ai vu fréquemment, à l'hôpital des vénériens, des femmes affectées d'écoulemens soit aigus, soit chroniques, n'accuser aucune espèce de douleur, et n'être en quelque sorte averties de leur maladie que par les taches insolites observées sur leur linge; souvent pourtant une chaleur incommode à la vulve, accompagnée ou non de démangeaison, annonçait le début de la maladie. Lorsque l'urèthre était affecté, le passage de l'urine était douloureux, il existait alors une sensation de brûlure, de picotement ou de coupure comme si un instrument tranchant avait traversé l'urèthre; il y avait enfin, selon l'expression figurée et vulgaire, chaude-pisse; mais cette douleur en urinant a le plus souvent manqué, alors qu'il existait des écoulemens uréthraux récens, aigus et très-abondans; de telle sorte que l'absence de ce symptôme n'est pour moi d'aucune valeur, lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic. Dans la blennorragie vaginale, accompagnée ou non d'écoulement uréthral, le vagin s'est montré le plus souvent indolent, lorsqu'il n'était point touché ou heurté par des corps étrangers; chez quelques femmes, à l'état aigu, nous avons pu introduire le spéculum sans douleur; mais chez quelques malades, le coït, le plus léger toucher, étaient insupportables; la défécation même déterminait de la douleur, qui était déjà plus vive, dès que les matières fécales, dans la constipation, séjournaient dans le rectum. — Dans les écoulemens utérins, les signes de la métrite ont souvent existé : ainsi, pesanteur pénible sur le siége, chaleur du col au toucher, sensibilité de la matrice par la pression directe à travers le vagin, douleur par la pression hypogastrique; tension sur les fosses iliaques; aberration de la menstruation; mais quelquefois aussi, aucun de ces symptômes n'existait, bien que l'écoulement utérin fut aigu et abondant. Dans ces différens états, des symptômes généraux et sympathiques se manifestant par des troubles de la circulation, de l'innervation, de la digestion, des sécrétions urinaires, etc., se sont quelquefois montrés; mais le plus souvent, la blennorragie chez la femme, quel que soit son siége précis et son intensité, n'est qu'une affection purement locale.

La matière de l'écoulement dont nous avons déjà parlé, et dont la présence constitue un symptôme important, ne se montre pas toujours de la même manière. Pour apprécier ce symptôme, il faut savoir le chercher et le reconnaître. Si on examine la chemise chez certaines femmes, la partie antérieure qui est celle que salissent les hommes affectés de la même maladie, ne présente souvent aucune tache, à moins que les malades, par propreté ou par toute autre raison, ne s'en servent pour s'essuyer, c'est en arrière qu'il faut les chercher; aussi, est-ce cette partie qu'elles vous montrent toujours, pour vous faire juger de ses qualités ou de son abondance. Examine-t-on les parties génitales? lorsque la vulve est affectée, à peine a-t-on écarté les grandes et les petites lèvres, qu'on rencontre la sécrétion morbide; souvent même, le système pileux en est chargé, et dans quelques points, chez les femmes sales, cette matière est concrétée et tend à oblitérer l'entrée des organes de la génération, comme dans certaines ophthalmies on voit les paupières agglutinées par le flux palpébral. Mais souvent l'inspection de la vulve ne laisse rien apercevoir, et il faut alors aller à la recherche de la sécrétion morbide. Pour l'urèthre, le doigt indicateur doit être introduit dans le vagin jusqu'au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange, sa pulpe tournée du côté de la symphyse du pubis, et ramenée ensuite d'arrière en avant, en pressant le canal. De cette manière on fait sortir par le méat urinaire une goutte de pus,

ou de mucus puriforme, pourvu que l'examen soit fait long-temps après l'émission de l'urine et que l'urèthre soit affecté. Avec un peu d'habitude, on ne prendra pas du pus venu des parties voisines pour de la matière sortie des profondeurs du canal.

En examinant ainsi le canal excréteur de l'urine, tandis que le bout du doigt le comprime, la face dorsale de la racine de ce même doigt appuie sur la partie postérieure de l'anneau vulvaire qu'il déprime, et l'on voit alors l'écoulement vaginal s'échapper au dehors. Souvent cependant une sécrétion abondante reste comme incarcérée dans le fond du canal des règles, et l'observateur superficiel ou non prévenu pourrait être trompé. En effet, les écoulemens nés des parties profondes du vagin peuvent être retenus par l'étroitesse ou la constriction de l'anneau vulvaire; chez quelques femmes, par un renversement de la partie inférieure du vagin, qui vient former une espèce de bouchon dans la vulve, et enfin, chez quelques autres, par certaines dispositions des matières fécales accumulées dans la partie inférieure du rectum, et de l'urine dans la vessie. J'ai vu ainsi beaucoup de femmes affectées de fleurs blanches, ou de blennorragie, qui évacuaient une grande quantité de matière par la vulve, seulement au moment de la défécation ou de l'émission de l'urine.

Quant aux écoulemens utérins, qui se décèlent le plus souvent par l'issue, hors de la vulve, de mucosités plus ou moins purulentes, et dont nous avons ailleurs assigné les caractères, on ne peut ordinairement reconnaître leur présence qu'à l'aide du spéculum. La même chose a lieu pour ceux qui viennent des parties profondes du vagin, et du pourtour du col de la matrice; deux cas dans lesquels l'extérieur du col utérin, affecté ainsi que le cul-de-sac vaginal qui l'entoure, présente l'aspect de la balanite chez l'homme.

Le spéculum, dont j'ai le premier proposé l'emploi d'une manière générale dans l'étude des maladies vénériennes des organes génitaux de la femme, est un instrument dont on ne saurait se passer si on veut employer un traitement rationnel et éviter les erreurs de diagnostic les plus graves (1).

Le spéculum dont je me sers aujourd'hui est un spéculum brisé, dont les valves coudées de dedans en dehors s'articulent au point de leur coudure, comme dans le spéculum de mon ami M. Jobert, et dont l'articulation, placée du reste sur le point de l'instrument qui doit correspondre à l'anneau vulvaire, permet à ses deux extrémités d'être tour-à-tour ouvertes ou fermées, sans que l'anneau vulvaire soit lui-même dilaté et comprimé douloureusement contre l'arcade des pubis, comme l'a fait observer l'ingénieux chirurgien de l'hôpital Saint-Louis auquel j'ai emprunté cette idée. Chaque valve de mon spéculum porte une branche, ou manche coudé à angle droit, servant à fixer ou à développer l'instrument, sans que la main de l'opérateur, ou de l'aide à qui on le confie, vienne masquer les parties qu'on veut examiner, ou gêner l'action des instrumens qu'on pourrait avoir à introduire dans son intérieur. De plus une tige graduée, portant un pas de vis et deux boutons mobiles sur elle, est fixée sur une des branches, et traverse l'autre, de telle façon qu'à l'aide des boutons qui courent sur la vis on peut les tenir rapprochées à un degré convenable, et avoir en même temps le degré de leur écartement par l'échelle graduée en lignes, et mesurer ainsi les différens volumes du col, qu'on peut avoir intérêt à connaître, dans la plupart des cas de gonflement ou d'hypertrophie.

(1) Voir mon travail inséré dans le second fascicule des Mémoires de l'Académie royale de médecine.

Pour l'application du spéculum (1), voici quelles sont les règles que je suis :

La malade est placée sur le bord de son lit, un oreiller sous les épaules et sous la tête, les cuisses à demi-fléchies sur le bassin, et les jambes à demi-fléchies sur les cuisses, les pieds étant appuyés sur des chaises placées de chaque côté. Le chirurgien se met alors entre les membres pelviens, et n'a pas besoin d'aide, chose très-importante dans certains cas de pratique privée. Le spéculum, qu'on peut légèrement chauffer dans les temps froids, doit être enduit d'un corps gras. Dans les cas où les organes sont étroits, je donne la préférence au cérat blanc, plus tenace que l'huile, ne s'essuyant pas aussitôt, et permettant à l'instrument de mieux glisser et avec moins de douleur; dans les autres cas, j'emploie l'huile, qui n'altère en rien l'aspect des sécrétions qu'on veut examiner, ni la surface des tissus qu'on veut voir. Les valves du spéculum, tenues de la main droite, sont fortement rapprochées; je les fais même chevaucher l'une sur l'autre, de manière à rendre l'extrémité de l'instrument presque plate. Ecartant ensuite les grandes et les petites lèvres avec l'annulaire et l'indicateur de la main gauche, je déprime en même temps avec le médius de la même main la partie postérieure de la fourchette et de l'anneau vulvaire. Cette manœuvre, très-importante pour faciliter sans douleur l'entrée du spéculum, doit être faite d'une manière graduelle, mais assez forte. Alors l'extrémité du spéculum est présentée à la vulve, ses branches tournées vers la cuisse gauche, et, tandis que le bord de l'extrémité d'une de ses valves appuie fortement sur le médius gauche, placée comme nous venons de le dire, l'autre a sa partie plane appliquée contre la face postérieure de la saillie du méat urinaire, au-dessous duquel on le fait bientôt filer, par un mouvement de bascule, sans l'écorcher ni le blesser, comme cela arrive souvent par les autres méthodes. Du reste, aussitôt que l'anneau vulvaire est dépassé, partie la plus difficile et la plus douloureuse à franchir, le spéculum est dirigé dans le sens de l'axe connu du vagin, ses valves étant plus ou moins écartées, selon le besoin et permettant ainsi d'explorer successivement le vagin et l'utérus, dont l'instrument doit finir par embrasser le col. Pour cela, il ne faut point, comme le conseillent et le pratiquent quelques chirurgiens, avoir des spéculum d'une longueur ridicule et démesurée, et pousser l'instrument dans le vagin, jusqu'à ce que le col soit saisi, manœuvre qui expose à blesser les parties et à faire beaucoup souffrir, en s'arrêtant dans le cul-de-sac péri-utérin; mais il faut, par le toucher préalable, s'assurer de la position et de la hauteur du col, puis diriger, à sa rencontre, l'extrémité de l'instrument, en recommandant à la malade, à mesure qu'on entre, de ne faire aucun effort d'expulsion, ce qui gênerait, pour le moment, la manœuvre; puis présentant toujours l'extrémité du spéculum entre les deux lèvres ridées d'un côté à l'autre que forment les parois antérieure et postérieure du vagin refoulé d'avant en arrière, on arrive bientôt sur le col qu'on reconnaît à sa mu-

(1) Mon spéculum est confectionné par l'habile M. Charrière.

queuse plus lisse, sans rides, et dont la teinte, souvent, diffère de celle du vagin. Dans quelques cas, les mucosités filantes, qui filtrent, pour ainsi dire, de son orifice, et s'allongent dans le vagin, vous indiquent la route à suivre. Enfin, si malgré ces indications et ces préceptes, vous étiez engagés dans le cul-de-sac du vagin, au lieu de continuer à pousser sur le spéculum, il faudrait lui faire éprouver doucement un mouvement de retrait, en écartant légèrement ses valves, comme pour saisir le col utérin, à la manière de la boule d'un bilboquet.

C'est d'après la méthode que nous venons d'exposer que sont examinées toutes les femmes que nous traitons dans notre service à l'hôpital des vénériens, et jamais, à moins des contre-indications à l'emploi du spéculum, que nous allons tout à l'heure signaler, nous n'avons rencontré d'obstacle invincible par notre procédé, et qui exigeât une autre méthode ou un autre instrument.

Les cas qui contre-indiquent l'emploi du spéculum, au moins momentanément, sont : 1° une inflammation trop intense, surtout de la vulve et de l'entrée du vagin ; 2° la présence de la membrane hymen, qu'il faut respecter dans la plupart des cas ; 3° l'étroitesse des parties chez les jeunes filles, et je n'ai pas besoin, ici, de relever la fausseté de la proposition récemment émise dans un article sur le toucher et l'application du spéculum, que les parties génitales étaient d'autant plus dilatables, que les filles étaient plus jeunes, et qu'elles perdaient leur dilatabilité chez l'adulte !! 4° dans un âge plus ou moins avancé, le canal vulvo-utérin, devenu peu souple, peut-être rétréci en entier ou seulement dans quelques points de son étendue, de manière à ne plus permettre, sans danger, l'introduction du spéculum ; 5° pendant le temps des règles, l'introduction du spéculum, qui se fait sans danger lorsque les femmes ne le redoutent pas, est au moins inutile ; car le sang menstruel masquant les parties, il n'est plus possible de rien voir ; toutefois, ayant eu l'occasion de l'appliquer un grand nombre de fois, je puis affirmer que l'orifice utérin pendant l'écoulement des règles chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant n'était pas sensiblement dilaté, et était loin au moins d'admettre le bout du doigt indicateur, comme on l'a encore récemment avancé dans l'article sur le toucher, que j'ai déjà cité.

L'état de grossesse n'a pas été pour moi une contre-indication, dans la plupart des cas, où son examen était nécessaire, l'introduction du spéculum faite avec sagesse et d'une manière lente et graduée, n'a pas offert plus d'inconvéniens que le toucher ordinaire.

J'ai renoncé, pour l'exploration des parties, au spéculum plein de M. Récamier. Ce spéculum est d'une introduction plus douloureuse ; souvent trop volumineux pour franchir l'anneau vulvaire, il est plus tard trop petit pour embrasser le col utérin en entier, et ne permet pas dans tous les cas de bien explorer le fond du vagin autour de la matrice.

L'époque de l'invasion de la blennorragie chez la femme est le plus souvent difficile à saisir. La plupart d'elles, sujettes aux fleurs blanches, confondent l'écoulement nouveau avec leur leucorrhée habituelle, et ce n'est que lorsque la blennorragie est assez aiguë, et qu'elle affecte surtout la vulve et l'urèthre, qu'elles peuvent bien la distinguer, et apprécier l'époque de sa naissance : beaucoup, en effet, n'apprennent leur nouvelle affection, que parce qu'on leur fait le reproche de donner du mal. Quoi qu'il en soit, lorsque nous avons pu avoir des renseignemens précis, nous avons trouvé que tantôt l'écoulement se manifestait presque immédiatement après l'action d'une des causes ; tandis que, dans d'autres circonstances, il n'avait lieu qu'après un certain temps d'incubation : rarement avant le troisième jour, et souvent très-longtemps après le coït, surtout lorsqu'il siégeait dans les parties profondes du vagin, ou dans la cavité utérine.

La blennorragie est rapide ou lente dans sa marche. Débutant avec des caractères d'acuité, elle peut diminuer d'une manière graduelle, et se terminer par une résolution franche, entre quinze jours et un mois, ainsi que nous l'avons vu quelquefois. Elle peut aussi avorter à son origine, et disparaître par une sorte de délitescence, ou bien encore se maintenir pendant un temps assez long, pour passer à l'état chronique qu'on désigne généralement sous le nom de blennorrhée et qui est le plus fréquent chez la femme ; état dont nous avons déjà assigné les principaux caractères, et que la maladie peut revêtir dès son début, pour le conserver pendant toute sa durée, ou revenir encore à l'état aigu.

La terminaison de la blennorragie simple, chez la femme, a lieu comme nous venons de le dire, rarement par la délitescence, souvent par la résolution lente, et plus fréquemment par un état chronique presqu'interminable que les femmes voilent alors du nom de fleurs blanches avec lesquelles il se confond. Quant aux terminaisons plus graves, telles que les altérations des systèmes osseux, muqueux, etc., elles dépendent de certaines formes de la blennorragie, qui jusqu'à présent n'ont pas encore été bien déterminées. Aussi, sous le rapport du diagnostic, s'il est facile, avec un peu d'habitude, chez la femme, de distinguer entre elles la blennorragie uréthrale vaginale et utérine, ou d'assigner les caractères qui appartiennent à ses formes groupées deux à deux, comme cela a quelquefois lieu, ou réunies toutes à la fois, il n'est plus possible, pour chacune d'elles, d'établir le caractère distinctif de sa nature intime, qui pourtant est le point important, le problème que tous les auteurs ont cherché à résoudre.

On a voulu distinguer la blennorragie des fleurs blanches, et l'on sait le peu de valeur des signes donnés par les auteurs. En effet, comment distinguer des choses absolument semblables quant aux formes, et qui ne diffèrent, si je puis m'exprimer ainsi, que par leur essence insaisissable. Ce n'est ni le siége précis de l'affection, ni l'aspect de l'écoulement, ni même les altérations des tissus, qui pourront faire distinguer la leucorrhée de la blennorragie simple ; le seul signe différentiel possible dans quelques cas pourrait se tirer de la connaissance des causes ; ainsi n'admettant, si on le veut, de fleurs blanches, que celles qui seraient nées sous l'influence de causes individuelles ou générales, on rangerait dans la classe des blennorragies tous les écoulemens nés sous l'influence de causes mécaniques, chimiques, ou virulentes, ayant agi directement sur les organes génito-urinaires, sauf à établir ensuite des variétés. Ces distinctions, encore impossibles dans la plupart des cas, par le peu de confiance qu'on a dans les rapports des malades qui se trompent ou veulent vous tromper, pourraient servir à remplir quelques indications dans le traitement. Le plus important dans le diagnostic est de décider si un écoulement est ou n'est pas virulent.

De tous les phénomènes de la blennorragie, ceux

sur lesquels on s'est le plus arrêté, vu la nullité des autres jusqu'à présent, sous le rapport du diagnostic, sont : l'incubation, la possibilité de la transmission à un individu sain; le développement de symptômes consécutifs, la production de certaines complications et le succès du traitement regardé comme spécifique. Examinons chacun de ces signes :

1° De l'incubation. — L'incubation qui, quoique encore mal déterminée, semble appartenir aux maladies virulentes, pourrait quelquefois éclairer le diagnostic; mais, pour que ce signe eût quelque valeur, il faudrait, chose rare, que les femmes n'eûssent eu aucun écoulement antérieur de fleurs blanches, et que, hors de l'influence de toute autre cause, elles n'eûssent aussi eu des rapports qu'avec un seul homme, depuis un certain temps, homme qu'elles auraient aussi cessé de voir avant le développement de la blennorragie; et encore il resterait à savoir, lorsque l'écoulement se manifesterait hors de la vulve, si déjà il n'avait pas lieu, dès le jour même ou dès le lendemain des rapports suspects, dans la partie profonde du vagin, ou dans la cavité utérine, sans s'épancher au dehors, comme nous avons vu que cela pouvait arriver.

2° De la transmission. — La possibilité de donner une blennorragie dans les rapports sexuels n'est pas une preuve de la nature syphilitique ou virulente d'un écoulement. Le flux menstruel, le catarre utérin simple, la vaginite simple, comme le seul abus du coït, peuvent occasioner, à un homme, un écoulement blennorragique simple. Un écoulement virulent, chez une femme, peut aussi ne donner lieu qu'à une blennorragie simple chez l'homme. La transmission, toutefois, étant un point très-important dans la pratique, je vais m'y arrêter encore un moment sans m'éloigner, je crois, de la question du diagnostic.

On est très-souvent consulté, dans le monde, par des hommes affectés d'écoulemens urétraux, qui affirment que les femmes avec lesquelles ils ont eu des rapports n'étaient nullement malades. Voici, à cet égard, ce que de nombreuses observations m'ont appris. Une femme, parfaitement saine, peut donner des chancres ou la chaude-pisse, et cela en communiquant, à un individu, de la matière virulente déposée, dans ses parties génitales, par un autre, dans un coït antérieur, sans qu'elle ait été infectée elle-même, ayant, dans ce cas assez fréquent chez les filles publiques, servi seulement de réservoir. Nous avons admis, en outre, avec tous les auteurs, que par la fatigue, l'abus du coït, la blennorragie pouvait naître de parties génitales du reste saines; mais ces écoulemens, qu'on nomme assez complaisamment des échauffemens, dans le langage ordinaire, sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit généralement. En effet, les femmes qui donnent la blennorragie présentent presque toutes quelque chose, ainsi que je l'ai prouvé ailleurs, par mes recherches, à l'aide du spéculum. Je vois tous les jours, à mon hôpital, et dans ma pratique privée, des femmes qu'on accuse d'avoir donné des blennorragies, et dont les parties génitales externes et l'entrée de la vulve sont parfaitement saines. Les femmes qui souvent ont été certifiées bien portantes par des praticiens du reste habiles, offrent constamment les lésions profondes que nous avons signalées ailleurs; de telle façon que toutes les fois qu'un malade se présente à vous, avec un écoulement, vous pouvez affirmer, sans craindre de vous tromper une fois sur cent, que la femme avec laquelle il y a eu des rapports est elle-même malade; mais est-ce une raison de croire les femmes syphilitiques, parce qu'elles communiquent des écoulemens, non sans doute; car, dans ce cas, la contagion n'est pas constante et n'arrive pas de nécessité, mais seulement par la disposition des parties. Un écoulement peut être communiqué de telle façon qu'une femme, présentant un des états morbides que j'ai déjà décrits, ne doive pas être considérée comme étant nécessairement vénérienne, mais seulement comme pouvant communiquer des blennorragies, ce qui est différent. Un fait curieux doit être ici signalé : J'ai vu des femmes qui, ne se croyant pas malades, et partant ne se traitant pas, communiquaient, depuis plusieurs années, la blennorragie à presque tous les hommes qui avaient une première fois des rapports avec elles. Ces femmes, examinées au spéculum, avaient toutes quelque chose, soit au vagin, soit au col de l'utérus; mais ce qui est encore remarquable, c'est que sans se traiter et sans être guéries, si un homme qui avait contracté la blennorragie avec elles se guérissait, et continuait à avoir des rapports, il finissait par ne plus rien contracter, à l'aide d'une sorte d'acclimatement. Un amant intercurrent arrivait-il? il contractait à son tour la blennorragie, guérissait et acquérait, comme le premier, le privilége de ne plus rien attraper; ainsi d'un troisième, d'un quatrième. Une femme que je reçus dans mon service avait répété l'expérience jusqu'à cinq fois. Dame de compagnie dans une maison, en Angleterre, elle était venue en France pour se faire traiter; les médecins qu'elle avait consultés lui trouvant les parties génitales externes saines, pouvaient à peine croire à ses rapports. Examinée au spéculum, je la trouvai affectée d'un catarre utérin purulent, et d'ulcérations granulées de toute la surface du col de l'utérus, lésions qui m'expliquèrent l'énigme, et dont elle guérit très-bien à l'aide d'un traitement local, tandis que toutes les médications intérieures et mercurielles avaient échoué.

Les filles, et je pourrais dire aussi les femmes encore vierges, ou au moins en apparence, donnent, dans les mêmes circonstances, des blennorragies; affectées d'écoulemens, quelles que soient leurs causes, elles peuvent les transmettre. Chez elles, l'intégrité de l'hymen ne prouve pas que la blennorragie n'est pas virulente. Sans que les caractères physiques de la virginité aient été détruits, la vulve peut avoir été infectée seulement jusqu'à la membrane hymen, qui n'a pas été franchie. Ce fait, nous le voyons fréquemment chez de jeunes filles de tout âge encore plus avancé. Qu'il me soit permis, à ce sujet, de rapporter une observation plaisante qui pourra servir à quelques nouveaux mariés : Une fille d'une cinquantaine d'années, arrivée exprès de province, vint me consulter chez moi pour savoir si elle était encore vierge. Ayant l'intention de se marier, elle tenait beaucoup à apporter, comme cadeau de noce, la preuve de sa longue sagesse. La première question que je dus lui faire, fut de lui demander si elle avait eu des amans; elle me répondit que oui. Je crus alors que ma cliente était folle, ou qu'elle voulait me mystifier, lorsqu'elle me dit qu'elle n'avait jamais permis à ses amans que des rapports extérieurs, et qu'elle voulait actuellement savoir si on n'avait pas outrepassé ses permissions : elle était encore physiquement vierge! J'ai eu, à l'hôpital des vénériens, une femme mariée depuis cinq ans qui avait eu de plus un amant, et qui était affectée de blennorragie urétro-génitale, chez la-

quelle la membrane hymen était complète. Ces cas prouvent que, quand on a contracté la chaude-pisse avec une vierge, il faut bien se garder de la rapporter toujours à un échauffement banal, ou si on le veut à de l'irritation, à de l'inflammation simple, les signes physiques de la virginité n'étant pas ceux de la sagesse, qui, comme on le sait, n'en a malheureusement pas.

Laissant ces digressions, qui ne paraîtront peut-être pas sans utilité, et cherchant quelque chose de plus positif sous le rapport du diagnostic différentiel entre les écoulemens virulens et ceux qui ne le sont pas, nous avons eu recours à l'inoculation, qui vient de faire le sujet d'un mémoire lu à l'Académie royale de médecine, et nous avons trouvé que la matière de blennorragie prise à la surface de la muqueuse vulvaire, vaginale et utérine, lorsqu'il n'y avait pas de chancres, et inoculée à l'aide de la lancette, comme nous le ferons connaître plus tard, n'a jamais rien produit; tandis que de la matière prise à la surface d'un chancre nous a constamment donné une pustule caractéristique. Nous avons dû conclure, d'après plus de cent expériences, qu'il n'y avait pas de blennorragie virulente qui pût donner lieu à un chancre, à moins qu'elle ne fût elle-même compliquée de chancres, et que par conséquent toutes les fois qu'une femme avait communiqué un chancre véritable à un homme, elle devait elle-même en être affectée, ou renfermer momentanément, dans ses organes, de la matière de chancre distincte de son écoulement blennorragique, et déposée dans un coït antérieur par un individu affecté de chancres.

3° Enfin privé incontestablement de ce caractère (la possibilité de produire des chancres inoculables), il n'est qu'une espèce de blennorragie virulente; c'est celle qui, bien observée pendant tout son cours, et n'étant pas compliquée, ce dont on peut mieux s'assurer chez les femmes par la facilité avec laquelle les organes sont vus dans presque toute leur étendue, est cependant suivie de symptômes consécutifs, tels que les papules muqueuses, etc.; et alors la présence de ces symptômes est le seul caractère qui puisse rendre le diagnostic précis.

Ici je ne puis passer un fait sous silence, c'est que la papule ou pustule muqueuse, qui pour tout le monde est un signe incontestable de vérole, présente cette particularité bien remarquable, qu'il est impossible de l'inoculer à la lancette, soit qu'on prenne de la matière sécrétée à sa surface, soit qu'on prenne l'écoulement qui l'accompagne ou la précède.

Quant à la contagion par le coït de blennorragie accompagnée de pustules muqueuses, elle est loin d'être constante. Voici ce que nous avons observé : Quelquefois, à l'hôpital, nous avons eu, en même temps, l'homme et la femme affectés de blennorragie accompagnée de papules ou pustules muqueuses; mais le plus souvent les deux individus étaient affectés de blennorragie, et un seul présentait des pustules muqueuses. J'ai récemment recueilli, dans ma pratique privée, une observation remarquable que voici : J'avais traité un monsieur d'un chancre du prépuce; un traitement mercuriel avait été employé. Trois mois après sa guérison, il se marie; avant ses noces, il me consulta de nouveau, pour s'assurer s'il était tout-à-fait sain. Dans un cas semblable, je dus apporter la plus grande attention à l'examen que j'avais à faire : les organes de la génération furent trouvés à l'état normal, il n'existait aucune trace d'ulcération primitive; il n'y avait, actuellement, aucun écoulement (le malade n'en avait jamais eu); aucun symptôme consécutif ne se montrait, soit à la peau, soit aux os, soit à la gorge. Trois mois après son mariage, ce monsieur me fit appeler pour sa femme qui me dit-il, avait de gros boutons aux parties. Je l'examinai, je la trouvai enceinte de trois mois, affectée d'une blennorragie urethro-génitale et d'une éruption, des plus étendues et des plus confluentes, de papules muqueuses : elle en avait depuis le mont de Vénus jusqu'au coccyx, et jusqu'à mi-cuisse. Je demandai à son mari s'il avait continué d'avoir des rapports avec elle; il me répondit qu'il n'avait pas cessé d'un jour! Eh bien! ce monsieur, comme au moment de son mariage, ne présentait aucun symptôme de maladie, soit primitive, soit consécutive; sa femme devait donc être malade avant son mariage, et depuis elle ne lui avait rien communiqué, dans les rapports fréquens qu'ils avaient eu. Nous avons vu des femmes affectées en même temps de blennorragie, de pustules muqueuses et de chancres. La blennorragie et les pustules muqueuses ne pouvaient jamais s'inoculer à la lancette, tandis que par ce moyen, avec la matière du chancre, on produisait une pustule toujours la même dont nous avons donné l'histoire ailleurs, et que nous publierons bientôt. Ces femmes communiquaient à quelques hommes des blennorragies seulement, ou des chancres, et à d'autres les deux affections en même temps.

Pour ce qui est des autres symptômes consécutifs à la blennorragie, leur histoire ne me parait pas encore assez nettement faite pour qu'ils puissent servir au diagnostic. Les complications n'ont guère plus de valeur; et laissant de côté l'ophthalmie blennorragique sur laquelle on est si peu d'accord, pour ne m'occuper que des bubons, voici ce que l'expérience m'a appris : Dans la blennorragie chez la femme, les ganglions inguinaux peuvent s'enflammer et suppurer, et cela plus particulièrement quand l'urèthre est affecté; mais, à moins de chancres des parties génitales, ce qui constitue une autre maladie; les bubons n'ont jamais été virulens; c'est-à-dire que les écoulemens dont ils semblaient dépendre ne s'inoculant point à la lancette, jamais le pus qu'ils ont fourni n'a pu s'inoculer; tandis que le pus du bubon ganglionnaire, suite de chancre, a toujours produit, par l'inoculation, la pustule caractéristique.

4° On sait trop à quoi s'en tenir aujourd'hui, relativement aux traitemens spécifiques, pour regarder leur action comme décisive, sous le rapport du diagnostic; aussi je ne m'arrêterai pas à prouver leur peu de valeur.

Nous devons donc conclure, de tout ce qui précède, qu'à moins de l'existence actuelle de symptômes consécutifs, qu'il faudra encore bien déterminer, on reste, sous le rapport du diagnostic, dans la plus grande incertitude, ne pouvant de bonne foi reconnaître que l'altération matérielle des parties, et de leurs sécrétions, sans pouvoir rien deviner de la nature intime de la maladie, ou de son essence, si l'on peut s'exprimer ainsi, et se trouvant réduit à constater l'urethrite, la vaginite, ou le catarre utérin, sans pouvoir rien dire de plus; car au-delà tout n'est que probabilité et le plus souvent erreur.

Si le diagnostic est aussi peu certain, le pronostic doit être lui-même bien vague, non pas lorsqu'il s'agit de prévoir l'issue, comme inflammation, d'une urethrite, d'une vaginite ou d'un écoulement utérin, mais lorsqu'il s'agira de prévoir les suites d'une

blennorragie, quant aux symptômes consécutifs et à la possibilité de déterminer la syphilis constitutionnelle, ou une infection générale.

Dans un prochain article, je traiterai des complications et du traitement.

RICORD, chirurgien de l'hôpital des vénériens.

Considérations générales sur la thérapeutique.

La thérapeutique est sans contredit la partie la plus importante des connaissances médicales; et s'il est vrai de dire qu'elle est presqu'impossible sans certaines études préliminaires, il est incontestable aussi qu'en elle se résout toute la médecine comme science et comme art. La médecine, comme science, doit toujours être étudiée dans le but d'appliquer à l'homme les vérités qu'elle rencontre; c'est ce but, cette considération dominante qui la définissent; c'est toujours là qu'elle vise, c'est pour cela qu'elle emprunte à toutes les autres sciences. Comme art, la médecine est bien plus encore dans la thérapeutique; le médecin n'est appelé auprès du lit d'un malade, que pour y faire de la thérapeutique. La thérapeutique est donc la partie la plus utile de l'art le plus utile que les hommes aient inventé. Pourquoi faut-il que ses applications salutaires soient mêlées de tant de dangers? Et pourquoi ne nous est-il pas toujours donné de savoir positivement, un malade étant étudié, ce qu'il faut faire pour le guérir.

Mais malheureusement combien de choses nous échappent encore dans l'étude du sujet que nous avons à traiter, du mal dont il se plaint, du remède qu'il conviendrait d'y appliquer! Combien sont incertains les signes à l'aide desquels on peut deviner les dispositions particulières du malade! On sait aussi, quoique dans la plupart des cas un praticien exercé reconnaisse assez facilement la maladie à laquelle il a affaire, combien souvent les symptômes trompent la consciencieuse expérience, malgré les pas immenses faits dans cette voie par la médecine moderne. Et si nous ajoutons à ces causes d'assez fréquentes aberrations les systèmes dans lesquels se jette l'esprit humain, faible et borné comme il est, négligeant d'un côté et exagérant de l'autre, nous ne pourrons nier qu'il est facile quelquefois de se tromper sur un malade, sur une maladie, et par conséquent sur le traitement. Alors, à moins qu'on ne prétende que toutes ces connaissances sont indifférentes, que tous les maux cèdent au même remède, que tous les malades doivent être traités de même, on est forcé de gémir sur les illusions de la science et l'incertitude de l'art.

L'observation de l'homme exécutant ses diverses fonctions nous le montre sans cesse en rapport avec des corps extérieurs qui agissent sur lui et sur lesquels il réagit lui-même avec plus ou moins de puissance. Ces corps extérieurs ne se comportent pas toujours de la même manière à son égard; tantôt ils conservent la santé; d'autres fois ils l'altèrent, et de nouvelles fonctions, des fonctions morbides viennent changer complètement la manière de sentir de l'homme qu'on connaissait. Il est sans doute important et difficile de savoir les modifications que toutes les influences extérieures ou intérieures font subir aux diverses fonctions; mais la question devient plus compliquée encore quand il s'agit de connaître positivement des choses si cachées, non seulement dans l'organisme à l'état de santé, mais encore à l'état de maladie. Combien de siècles ont dû se perdre dans ce dédale avant qu'on eût acquis là dessus quelques notions claires! Combien d'expériences ont été nécessaires! Combien d'hommes pour ces expériences! Et pourtant, arrivée à ce point, la science n'est pas encore applicable, et vous n'êtes encore que sur le seuil de la médecine. Une science bien plus longue, bien plus difficile que les deux autres, reste à faire. Comment établir des rapports certains entre le malade et le modificateur nécessaire pour rappeler la santé? En supposant connus les deux élémens de toute thérapeutique, la maladie et les influences extérieures, comment les rapprocherez-vous? Comment conclurez-vous que telle chose dans tel cas est utile, telle autre nuisible, et réciproquement? Le malade est là, souffrant, pressant; sa vie dépend du parti que vous allez prendre, que consulterez-vous pour vous décider?

L'expérience, répondra-t-on d'abord. Oui, certes, l'expérience est la seule autorité raisonnablement admissible en semblable matière; mais entre toutes les expériences, à laquelle croirons-nous? Toujours l'expérience a été invoquée par les systématiques; elle a toujours répondu pour leurs partisans en faveur de l'oracle, quelque contradictoires que fûssent d'ailleurs les moyens médicaux, dont ils ont tour à tour conseillé l'usage. Successivement et en invoquant l'expérience on a vanté la médecine de Galien, celle de Boerhaave, celle de Stoll, celle de Brown, celle de Pinel, celle de M. Broussais.

A consulter les livres de leurs partisans, il serait bien simple et fort aisé de se laisser guider par ces grandes autorités, si solidement appuyées, si chacune d'elles avait été seule; mais malheureusement pour ses génies, chacun d'eux a attaqué ce qui avait été avancé par ses prédécesseurs, et l'expérience de chaque nouveau système a détrôné ce qui passait pour vrai dans les systèmes précédens. Or, à coup sûr, l'expérience n'a pas pu répondre oui et non, et donner raison aux uns sans donner tort aux autres; de là, nécessité de rechercher quelle est la bonne expérience. Mais comment procéder à cette recherche? Où trouver la vérité? A quels caractères la reconnaître? Quel fil saisir dans ce labyrinthe? En appelerons-nous chacun à notre propre expérience? mais qu'est-ce que l'expérience d'un seul? Qu'est-elle elle-même à la fin de la plus longue carrière, et à plus forte raison pendant la première moitié? D'ailleurs, n'est-elle pas limitée toujours à certaines contrées? Où en serait-on s'il fallait que tous les faits vinssent de toute nécessité se faire juger par chacun de nous? D'ailleurs, pour valider toute expérience, il faut certaines données, soit du malade, soit des circonstances extérieures, qui ne se représentent pas toujours matériellement pareilles, et dont l'esprit est seul juge. Qui saura dès lors si nous avons bien ou mal jugé; si nous ne nous sommes pas trompés sur le malade, sur la maladie, sur les analogies des différens cas; si nous n'avons pas attribué à certaines circonstances des phénomènes qui n'en dépendent pas; en un mot, si ces premières appréciations des bases de notre jugement, n'entacheraient pas d'erreur capitale ce premier jugement lui-même et les inductions que nous en pourrions tirer plus tard.

Quant à la méthode essayée dans ces derniers temps pour déterminer par des chiffres, (sur un nombre donné de malades, on cherche combien ont guéri

par telle ou telle méthode, combien par telle ou telle autre), la valeur de l'expérience en thérapeutique, il est impossible de se dissimuler qu'elle abuse d'une apparence de régularité. En effet, tous les malades ne se ressemblent pas, toutes les maladies sont différentes; presque toujours on emploie simultanément plusieurs moyens dont l'action particulière peut exciter, arrêter ou changer l'effet de ceux qu'on calcule, et d'ailleurs, la nature travaillant en même temps que le médecin, il devient impossible de démêler par chiffres ce qui appartient dans le résultat à l'un ou à l'autre.

Ainsi l'étude de la thérapeutique, la partie la plus importante de la médecine, est remplie d'écueils, et si nous ne manquons pas tout-à-fait de pilotes habiles, au moins nous n'avons pas une boussole sûre, qui indique d'une manière invariable la route que nous devons tenir. L'histoire du passé, la contemplation du présent, nous montrent beaucoup de naufrages, et nous nous trouvons sans cesse dans la nécessité, soit d'explorer des régions inconnues sur lesquelles nous nous trouvons jetés, soit de chercher à chaque instant, parmi les débris dont nous sommes entourés, une planche de salut.

Que pouvons-nous donc faire de mieux, puisque nous n'avons pas une règle fixe, invariable, que de chercher quelque méthode qui nous conduise, par une approximation aussi rigoureuse que possible, à d'utiles vérités?

Je vais tâcher d'expliquer par des exemples comment j'entends cette méthode.

On remarque que le sulfate de quinine, prescrit à doses convenables, guérit très-bien les fièvres intermittentes; on tâtonne pendant quelque temps; on hésite sur les doses, mais viennent des observateurs plus hardis qui les donnent plus largement: à des doses élevées on voit disparaître les accidens qui avaient résisté à des doses moins fortes; on ne remarque pas qu'il résulte d'accidens de ces tentatives, quand on a véritablement affaire à une fièvre intermittente, et, je dirai plus, aux différentes affections que les fièvres intermittentes traînent souvent à leur suite. Ainsi tout récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bally, nous avons vu s'améliorer d'une manière notable une cachexie profonde, suite de fièvre intermittente, qui avait résisté à quinze grains de sulfate de quinine et qui céda à quatre gros de la même substance pris en cinq jours consécutifs. Des exemples de cette sorte, et qu'on pourrait citer ici en fort grand nombre, se répètent assez souvent. Il est facile d'en tirer les inductions suivantes:

1° La sulfate de quinine guérit les fièvres intermittentes et les accidens qui en dépendent.

2° Quand il ne les guérit pas c'est qu'il n'a pas été donné à assez fortes doses.

3° De ce qu'il en faille quelquefois des quantités assez considérables pour guérir, il ne s'ensuit pas que toujours ces hautes doses soient nécessaires; dans les cas les plus ordinaires des doses beaucoup moindres suffisent.

On arrive ainsi, en compulsant les auteurs et en les comparant avec ce qu'on voit chaque jour, à des données très-positives sur ce sujet; tellement que je n'hésiterais jamais à promettre à jour nommé la guérison des fièvres intermittentes et de leurs conséquences quelles qu'elles fussent; mais je déclare que, dans ce cas, je ne reculerais devant aucune dose de ce médicament quelque grande qu'elle fût, si je la jugeais nécessaire; mon expérience ne me laisse aucun doute sur la constante innocuité du sulfate de quinine.

J'ai pris ici, pour ne pas compliquer la question, le plus simple et le plus sûr de nos spécifiques; malheureusement nous en avons peu dont l'efficacité soit aussi constatée, et l'action de la plupart de ceux que nous pourrions citer encore serait susceptible de controverse; aussi ne la soutiendrai-je pas ici, et, pour passer sur le champ à l'autre extrême, au lieu d'un cas connu, celui que je viens de citer, où toute la médecine consiste seulement à mettre le remède en présence de la maladie, je prendrai une des maladies sur lesquelles l'expérience peut paraître douteuse, par exemple, les accidens primitifs de la syphilis. Si je consulte à ce sujet les auteurs et l'expérience, je trouve:

1° Que les préparations mercurielles ont été conseillées.

2° Que le traitement dit antiphlogistique a été préconisé.

3° Que ces deux sortes de traitemens ont été conseillés avec raison, puisque des hommes dignes de foi citent de nombreux succès par l'un et par l'autre.

4° Que ceux qui ont le plus insisté sur l'utilité des préparations mercurielles, ont recommandé auparavant quelques jours de régime, quelques boissons pendant l'administration desquelles on ne donnait pas encore le mercure; ils ont constaté que de toute autre manière, et données d'emblée, les préparations mercurielles ne réussissaient pas aussi bien.

5° Que pendant tous les premiers temps de la maladie, le traitement antiphlogistique réussit merveilleusement à ses partisans, et que le traitement expectant de ceux qui vantent surtout le mercure ressemble singulièrement au traitement antiphlogistique modéré.

6° Que l'abus des mercuriaux a produit fréquemment des accidens analogues à la syphilis constitutionnelle.

7° Que quelquefois après un traitement antiphlogistique bien conduit, la syphilis n'en a pas moins continué ses progrès.

De ces observations, dont, je l'espère, personne au monde ne peut contester la vérité, je conclus, non pas mathématiquement, ce qui serait absurde, mais logiquement, ce qui suffit, que:

1° Les moyens dits antiphlogistiques conviennent dans les premiers temps de la maladie, tandis que les mercuriaux ne conviennent pas.

2° Que les premiers doivent être employés tant que l'on voit le mal s'amender sous leur influence et même tant qu'on ne voit pas survenir d'autres accidens évidemment syphilitiques.

3° Que les mercuriaux conviennent quand les antiphlogistiques ont produit tout le bien qu'on peut raisonnablement en attendre, et que les accidens consécutifs dont je parlais tout à l'heure se montrent.

4° Enfin, pour tout résumer en un mot que les antiphlogistiques conviennent tant que les accidens se bornent à ce qu'on désigne généralement par inflammation, et que les mercuriaux conviennent quand les accidens vont au-delà.

Ce sont ces convenances que j'appelle indications, et c'est cette étude d'indications qui fait le véritable médecin. En les suivant, pour le cas qui nous occupe, je suis sûr qu'on ne se trouvera jamais en-deça, mais aussi qu'on n'ira jamais au-delà de ce qu'il faut faire; en les étudiant bien, la thérapeutique des maladies les plus compliquées devient aussi

claire et aussi simple que celle des fièvres intermittentes, dont je parlais tout à l'heure.

Je viens d'en dire assez pour faire comprendre ici ce que j'entends par l'étude des indications : je me propose d'y revenir plus au long et avec plus de détail dans un prochain numéro.

S. Sandras, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

De la trachéotomie dans la période extrême du croup.

(Deuxième partie.)

Il existe à ma connaissance vingt et un cas de trachéotomie pratiquée dans la période extrême du croup. Sept malades ont été sauvés, savoir : cinq par M. Bretonneau, un par M. Bulliard et un par moi, etc. Comme chez les vingt et un malades, cette opération n'a été tentée que lorsque la mort était inévitable, et qu'il ne restait aucun autre moyen de salut, il est du devoir d'un praticien consciencieux, de ne pas négliger une dernière ressource qui, en définitive, laisse encore assez de chances.

L'opération est facile, on ne saurait trop le répéter ; et j'en juge par moi qui ne me livre qu'accidentellement à la pratique de la chirurgie, j'en juge également par M. Bretonneau, qui ne fait qu'assez rarement de grandes opérations chirurgicales.

L'opération est facile, et de plus, elle doit être rarement dangereuse, puisque, de vingt et un malades opérés, pas un seul n'a éprouvé le moindre accident dépendant de l'opération elle-même : aussi devons-nous nous efforcer de la vulgariser et nous y parviendrons, je l'espère, en indiquant les moyens de la rendre utile.

Quelque facile que soit la trachéotomie, elle n'en est pas moins effrayante pour ceux qui ne l'ont point encore pratiquée. Il est impossible, dans un grand nombre de cas, d'éviter les veines thyroïdiennes situées au-devant de la trachée qui ont un volume d'autant plus considérable et qui donnent d'autant plus de sang que la respiration est plus embarrassée. Il est toujours très-difficile, souvent impossible et quelquefois dangereux de lier ces vaisseaux. Il faut, malgré l'hémorragie, poursuivre rapidement l'opération, et se presser d'ouvrir la trachée. L'introduction du sang dans les canaux aériens est rarement à craindre, et si un malade, pendant l'opération, est mort entre les mains d'un de nos plus habiles chirurgiens, il faut peut-être attribuer ce malheur plutôt à l'introduction de l'air dans les veines thyroïdiennes et dans le cœur, qu'à l'oblitération des bronches par la présence du sang. Aussi, tant que dure l'opération, il est nécessaire de faire maintenir une petite éponge dans l'angle inférieur de la plaie. Cette précaution a le double avantage de s'opposer assez efficacement à l'hémorragie, et d'empêcher l'air d'être attiré dans les veines pendant les grands mouvemens d'inspiration, accident immédiatement mortel, ainsi que l'a démontré M. Dupuytren (1).

Mais, sitôt que la trachée est ouverte, il faut, à l'instant même, mettre le malade sur son séant le col penché en avant pour que le sang s'écoule au dehors et que l'air puisse pénétrer dans les bronches. Alors le sang s'arrête de lui-même, quelque abondante qu'ait été l'hémorragie.

Pour maintenir béante la plaie, on se sert de deux airignes mousses, ou bien encore de deux épingles à friser que l'on recourbe vers la pointe et avec lesquelles on accroche la trachée. On attend ainsi que le malade ait entièrement expectoré le mucus, les fausses membranes et le sang qui se trouvaient dans les conduits aériens. Dès que la respiration est calme, on introduit une canule courbe, un peu aplatie latéralement, et assez large pour représenter le diamètre normal de la glotte, ce qui est une condition indispensable. — La canule est maintenue par deux fils que l'on noue derrière le cou.

Peu de praticiens possèdent une canule convenable, et la marche du croup est tellement rapide qu'on n'a pas le temps d'en faire fabriquer avant l'opération. Je ne saurais trop insister sur ce point, savoir : Que si l'on se sert d'une algalie, fût-elle du n° 12, on n'a encore qu'une ouverture insuffisante, comme on peut s'en assurer soi-même en essayant de respirer uniquement par l'ouverture d'une sonde du plus gros calibre. — J'indiquerai donc ici les moyens de suppléer à l'instrument dont M. Bretonneau et moi nous sommes servis. Une grosse plume de cygne recourbée à la chaleur, et emoussée sur le feu à l'extrémité qui doit s'introduire dans la trachée, remplace avantageusement la canule. — Le bout du tuyau d'un petit soufflet peut remplir le même but ; si on le courbe sur un clou qui sert de mandrin et si on l'aplatit légèrement. — On peut encore fabriquer aisément une canule avec une balle de plomb que l'on amincit en feuille et que l'on roule autour d'un petit mandrin de bois auquel on donne la forme et la courbure convenables. — Un moyen beaucoup plus simple est le suivant : On courbe dans la forme d'une pincette à feu un morceau de fil d'archal d'un calibre assez considérable, les deux extrémités sont recourbées en dehors en éperon mousse d'une ligne de longueur. On donne aux deux branches de son petit instrument un écartement tel, que, les deux extrémités étant introduites dans l'ouverture de la trachée, celle-ci soit maintenue parfaitement écartée. On fait alors rougir le fil d'archal et on le

(1) Je crois encore que, chez l'homme, l'introduction de l'air dans les veines est le plus grave des accidens qui puissent accompagner les opérations chirurgicales; mais il ne me faut rien moins que l'imposante autorité pratique de M. Dupuytren pour me soumettre à cette opinion. En effet les expériences tentées sur les animaux vivans démontrent que l'introduction d'une faible quantité d'air dans les veines est rarement mortelle, et qu'il n'est pas toujours facile de tuer un cheval, même en injectant dans le système sanguin une masse d'air considérable. Je vais rapporter succinctement deux des expériences tentées par M. Liégard, et consignées dans le *Journal de médecine vétérinaire*, numéro de décembre 1832. — *Première expérience.* M. Liégard injecta *trois litres* d'air dans la veine jugulaire d'un cheval : l'animal ne mourut qu'une demi-heure après. — *Deuxième expérience.* La même expérience fut répétée sur un autre cheval. La respiration seulement parut très-agitée, le calme était rétabli au bout de vingt minutes. — Nouvelle insufflation d'air. Dix minutes après le cheval tombe et éprouve les symptômes les plus alarmans. — Puis il se relève et paraît tout-à-fait rétabli : il ne lui reste qu'une sorte de paralysie du membre thoracique du côté gauche. La paralysie se dissipe bientôt, et l'animal est entièrement rétabli cinq heures après le commencement de l'expérience.

trempé. Par là, le fil acquiert assez d'élasticité pour que les deux extrémités libres se rapprochent sous la pression des doigts et s'écartent dès que l'on cesse cette pression. — Il est maintenant aisé de concevoir le mécanisme de l'instrument que je viens de décrire et auquel il a d'ailleurs été facile de donner toute sorte de courbures.

Dès que l'incision de la trachée est faite, on introduit simultanément les deux extrémités de l'instrument que l'on a réunies par la pression des doigts. Puis, dès qu'elles sont introduites, on cesse la pression, et, les branches de la pincette revenant à leur écartement naturel, la plaie se trouve largement ouverte. Cependant les deux crochets mousses qui terminent les branches de l'instrument empêchent que celui-ci ne s'échappe dans les efforts de toux et pendant les mouvemens de la respiration. Cet instrument, si léger et si commode à fabriquer, a l'inconvénient de se déranger quelquefois; mais on le replace aisément. Il est préférable à la canule, en ce sens qu'il ne peut s'engorger, et qu'il laisse la trachée entièrement libre, de sorte que l'on peut pratiquer des injections, enlever le mucus, et nettoyer les canaux aériens avec la plus grande facilité; mais si le médecin quitte le malade, ou s'il ne laisse auprès de lui quelqu'un sur qui il puisse compter, il faudra introduire une canule qui ne se dérange pas pendant son absence. Pour n'avoir pas pris cette précaution, j'ai eu la douleur de perdre dans le courant du mois d'avril dernier, une jeune fille de cinq ans et demi sur laquelle j'avais pratiqué la trachéotomie dans la période extrême du croup. L'enfant ne m'inspirait plus d'inquiétude; je la quittai pendant la nuit, la confiant aux soins d'un de ses parens qui se disait étudiant en médecine et qui ne l'était réellement pas. Dans un effort de toux, l'instrument se dérangea, la plaie de la trachée cessa de rester ouverte, et l'enfant fut en quelques minutes victime de l'impéritie de la personne à qui je l'avais confiée. Lorsque l'on n'a pas de canule, et qu'on est obligé de se servir de l'instrument que je viens de décrire, il faut avoir soin de rendre les deux crochets aigus, de manière qu'ils s'enfoncent un peu dans les cerceaux cartilagineux du larynx, ce qui ne peut avoir aucun inconvénient grave : de cette manière les deux branches de l'instrument sont solidement maintenues.

L'opération elle-même, ainsi que je l'ai dit dans le précédent numéro de ce journal, n'est qu'une médication dilatoire. L'ouverture de la trachée permet que la respiration se fasse au dessous du larynx oblitéré; elle n'empêche pas que la fausse membrane descende au-delà et qu'elle pénètre dans les bronches.

Or, il est bien rare qu'avant d'en arriver à l'opération le médecin n'ait pas tenté la plupart des médications indirectes que les auteurs conseillent, que l'habitude retient, et que l'augmentation pressante des accidens fait employer avec aussi peu de mesure que de précipitation. Il est donc arrêté déjà sur le peu de valeur thérapeutique des émissions sanguines, générales et locales, des vésicatoires, des sinapismes, des vomitifs, des purgatifs, des antispasmodiques. Il a pu, dans le cas spécial qui l'occupe, constater l'inefficacité de ces divers moyens.

Que si, lorsque la fausse membrane s'étendait lentement de la gorge au larynx, il n'a pu faire qu'elle ne pénétrât pas dans les voies respiratoires; s'il n'a pu empêcher qu'elle n'oblitérât incomplètement le larynx et qu'elle ne descendît presque dans la trachée, est-il en droit d'espérer qu'il sera désormais plus heureux et qu'elle s'arrêtera aux limites que lui aura tracées l'ouverture artificielle des conduits aériens? Il devra évidemment recourir à d'autres moyens thérapeutiques.

Ces moyens, l'analogie nous les enseigne, et il est rare que l'analogie nous trompe en médecine pratique. L'expérience en effet a démontré que, dans la très-grande majorité des cas, l'exsudation plastique ou diphthéritique (pour me servir de l'expression de M. Bretonneau désormais consacrée), commençait par les amygdales et par la luette; que l'affection gagnait de proche en proche et qu'elle envahissait le larynx, où elle constituait la maladie plus vulgairement connue sous le nom de croup. L'expérience de tous les siècles a encore démontré que l'inflammation spéciale du pharynx qui produisait la sécrétion plastique n'était rapidement et avantageusement modifiée que par une médication topique énergique. L'alun employé jadis par Arétée et préconisé de nouveau par M. Bretonneau; l'acide muriatique vanté par Marteau de Grandvilliers et également mis en honneur par le médecin de Tours; enfin la solution saturée de nitrate d'argent, que M. Bretonneau regarde avec raison comme le meilleur moyen topique que l'on puisse opposer à la diphtérite pharyngienne : tels sont les principaux médicamens sur l'efficacité desquels l'expérience a prononcé aujourd'hui.

Or, si, à l'aide de ces divers agens mis immédiatement en contact avec la membrane muqueuse du pharynx, on modifie cette dernière de telle façon qu'elle cesse de sécréter des concrétions fibrineuses, qui empêche de les appliquer aussi sur la membrane muqueuse des conduits respiratoires, et pourquoi n'agiraient-ils pas ici, comme ils agissaient sur la luette et sur les amygdales?

Déjà M. Bretonneau, et, à son exemple, presque tous les praticiens qui avaient vu la diphthérite sévir épidémiquement, avaient osé, dans le cas de croup, porter, par la bouche, une éponge imbibée d'acide hydrochlorique concentrée ou d'une solution saturée de nitrate d'argent, et l'exprimer avec force sur l'ouverture supérieure du larynx (1) : ils avaient

(1) On sait de quelle manière on doit porter le caustique. On prend une baleine d'une ligne et demie de diamètre, et on la choisit de ce volume pour qu'elle ne se ploie pas trop facilement. On la fait chauffer sur la flamme d'une bougie, à un pouce à peu près de son extrémité, et, quand elle est suffisamment ramollie, on la recourbe, de manière à former un angle droit. Alors à l'extrémité de la tige de baleine, on pratique une entaille circulaire et profonde, et on y attache fermement une petite éponge de forme sphérique et de six lignes de diamètre. On imbibe l'éponge d'une solution de nitrate d'argent, jusque là qu'elle ne laisse dégoutter la liqueur caustique que si on exerce une légère pression. Cela fait, on fait ouvrir largement la bouche du malade, on abaisse la base de la langue avec une cuiller, et l'on introduit le porte-caustique. Dès que l'on a dépassé l'isthme du gosier, on heurte la paroi postérieure du pharynx avec l'angle de la tige de baleine : un mouvement de déglutition s'opère aussitôt, qui porte le larynx en haut. On saisit ce moment pour ramener en avant l'éponge que l'on avait enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage; par cette manœuvre on revient sur l'entrée du larynx en relevant l'épiglotte, et alors, appuyant fortement sur la base de la langue avec la portion de baleine qui se trouve dans la bou-

constaté d'une part combien était exempte de douleur et de dangers cette médication en apparence si hardie, et d'autre part combien grande était son efficacité.

Et d'ailleurs les expériences tentées par M. Bretonneau, celles que moi-même j'avais répétées, démontraient que le contact du nitrate d'argent avec une membrane muqueuse ne déterminait d'escarre que lorsqu'il était longtemps prolongé ; et encore, dans ce cas, l'escarre était elle très-superficielle.

Pourquoi donc eût-on craint de l'appliquer sur la membrane muqueuse de la trachée et des bronches? M. Bretonneau l'osa faire, et l'on a vu, par l'observation que j'ai rapportée, avec quelle audace j'avais suivi l'exemple de mon savant maître. — La solution caustique dont je me sers est la suivante : Nitrate d'argent, un gros; — eau distillée, deux gros.

La méthode que j'ai suivie pour porter le caustique dans les voies respiratoires et évidemment mauvaise, et c'est un devoir pour moi de prémunir les praticiens contre un *modus faciendi* qui, pour avoir été suivi de succès, n'en est pas moins fort dangereux. On a vu comment j'instillais dans la trachée et dans les bronches 15 ou 20 gouttes de solution de nitrate d'argent, comment j'avais répété cette opération trois jours de suite et plusieurs fois chaque jour : certes, malgré cette énorme dose, il ne m'a pas été possible de produire la plus légère escarre, et la pneumonie, s'il y en a eu, n'a rien offert d'inquiétant. Cette injection n'est donc pas dangereuse par l'inflammation qu'elle cause ; mais uniquement par la coagulation de l'albumine, qui en est la conséquence immédiate. En effet, on sait que le mucus, en contact avec une solution un peu concentrée de nitrate d'argent, est converti sur-le-champ en une masse analogue à du blanc d'œuf cuit. Si donc les bronches sont remplies de mucus, il peut arriver qu'elles soient oblitérées par l'albumine durcie, et que la mort en soit la conséquence. Ce malheur m'est arrivé l'année dernière chez un enfant de deux ans et demi que j'avais opéré. J'instillai dans la trachée sept ou huit gouttes de la solution caustique, et, à l'instant même, il survint des symptômes d'asphyxie qui furent très-promptement mortels. — Et si, chez l'enfant que j'ai opéré avec succès, je n'ai pas eu à déplorer un pareil malheur, c'est que, chez lui, les bronches étaient larges, et que d'autre part il expectorait vigoureusement dès qu'on instillait le nitrate d'argent.

Ce n'est donc plus à l'instillation que j'ai maintenant recours, mais à la méthode conseillée et constamment adoptée par M. Bretonneau.

Je munis d'une petite éponge une tige de baleine arrondie, mince et très-flexible, et, imbibant cette éponge avec deux ou trois gouttes de solution, je porte mon instrument de haut en bas à une profondeur aussi grande que possible; puis, en le ramenant, je lui fais exécuter des mouvemens de manière à mettre le caustique en contact avec tous les points de la membrane muqueuse,

Cette opération est si peu douloureuse, que les enfans endormis ne se réveillent pas, mais au contraire ils donnent des signes d'une extrême sensibilité si on touche par hasard les lèvres de la plaie extérieure.

Il est très-important de renouveler les cautérisations trois ou quatre fois, les deux premiers jours, et deux fois seulement les deux jours suivans. Plus tard ce soin devient inutile, la sécrétion de la membrane muqueuse est modifiée de manière qu'il n'y a plus de danger à cesser l'application du médicament. Si pourtant après quatre jours on voyait encore, pendant les efforts de toux, sortir quelques fragmens de fausses membranes, il ne faudrait pas craindre de recourir encore au nitrate d'argent.

Je ne saurais trop répéter que ces cautérisations ne laissent aucune trace. Au moment où la solution caustique vient de toucher la membrane muqueuse, celle-ci devient blanche, et cette coloration disparaît avant que deux heures se soient écoulées. Et lorsqu'ainsi on a plusieurs fois touché la trachée, on est tout étonné que la tunique interne des conduits aériens n'offre presque aucun vestige d'inflammation.

Toutefois, bien que les enfans n'accusent aucune douleur dans le trajet des bronches, je n'en agis pas moins comme s'il existait une phlegmasie très violente de la membrane muqueuse qui les tapisse; et j'ai soin d'injecter de l'eau au moins une fois par heure, pendant tout le temps que je crois nécessaire de me servir du nitrate d'argent. — Ces injections, dont la quantité peut être évaluée à dix, quinze, et jusqu'à trente gouttes, ont encore l'avantage de provoquer quelques efforts de toux et d'entraîner au dehors le mucus et les fausses membranes. Je ne crois pas nécessaire de rassurer les praticiens sur l'innocuité de ces injections ; je dirai pourtant que j'ai souvent, dans des expériences tentées sur les animaux vivans, laissé couler dans la trachée une si grande quantité d'eau que le liquide remplissait presque ce conduit : l'animal expectorait une partie de l'eau, et le reste était absorbé avec tant de facilité, que l'on pouvait, peu de temps après, recommencer l'expérience. Il est remarquable qu'il survenait à peine un peu de trouble de la respiration. Et, pour ne pas citer d'expériences tentées sur des animaux étrangers à l'homme, qui ne voit que les bronches peuvent, dans les plus simples catarres, contenir une quantité de mucus dix fois plus considérable que la quantité d'eau dont nous nous servons pour nos injections?

J'en ai dit assez sur la médication topique; je vais insister maintenant sur quelques pratiques en apparence minutieuses, et sans lesquelles toute chance de réussir nous est enlevée.

Lorsque l'on a appliqué une canule, le malade tousse d'abord avec violence, puis, dès que la première impression de l'instrument a cessé de se faire sentir, un grand calme succède à l'agitation. Cependant, de temps en temps, la toux ramène dans la canule, du mucus ou des débris de fausses membranes; il faut être attentif auprès de l'enfant, et enlever avec une éponge placée à l'extrémité d'une petite tige de baleine les corps étrangers qui engouent la canule. Sans cette précaution, le conduit artificiel s'oblitère quelquefois dans l'espace de moins d'une heure, et il faut alors l'enlever pour le nettoyer, ce qui nécessite des manœuvres quelquefois difficiles et toujours douloureuses. Cependant, quelque soin que l'on apporte à enlever le mucus qui vient embarrasser la canule, celle-ci finit par s'encrasser, et bientôt la respiration du malade s'embarrasse d'autant plus que l'obstacle à l'introduction de l'air est plus considérable. La

che, on exprime l'éponge dans le larynx, ce en quoi on est merveilleusement servi par les convulsions du pharynx, et par les efforts que fait le malade pour aspirer l'air dont le passage est intercepté. — Cette opération dure rarement plus d'un quart de minute.

partie extérieure de la canule semble parfaitement libre, et, comme on ne voit pas la portion de l'instrument qui plonge dans la trachée, on n'imagine pas qu'elle soit en partie oblitérée et l'on ne sait à quoi attribuer la gêne croissante de la respiration. Que si la canule est enlevée, et remise en place après avoir été convenablement nettoyée, on voit cesser immédiatement la dyspnée. — De là résulte ce précepte thérapeutique : que la canule doit être enlevée et nettoyée toutes les six heures au moins pendant les quatre premiers jours, et ensuite, de moins en moins souvent, à mesure que le passage de l'air à travers le larynx se rétablit. Ce que je viens de dire ici explique comment si peu d'opérations et de trachéotomie et de laryngotomie ont réussi avant M. Bretonneau, les chirurgiens négligeant complètement les préceptes nécessaires sur lesquels j'ai insisté dans le cours de ce mémoire.

Les instillations d'eau tiède et émollientes dans la trachée-artère ne devront pas non plus être négligées. Pendant les deux ou trois premiers jours on les répétera toutes les heures; plus tard elles deviendront moins nécessaires.

La plaie extérieure sera recouverte de ouate de coton de manière toutefois à ne pas nuire au passage de l'air. Le coton, outre les grands avantages indiqués par M. Mathias Mayor, de Lausanne (voy. le premier numéro de ce journal) aura celui de se pénétrer de la sérosité sanguinolente qui transsude en grande abondance surtout chez les enfans qui ont perdu beaucoup de sang avant l'opération : et ceci est d'autant plus important que cette sérosité, entraînée dans les bronches à chaque mouvement d'inspiration apporte certainement un notable empêchement à la sanguification pulmonaire. L'application de la ouate de coton servira encore à empêcher que la plaie ne s'enflamme trop violemment par son contact avec l'air.

Je terminerai ce travail par quelques conseils relatifs au régime qu'il convient de faire suivre aux malades. — Immédiatement après l'opération je leur fais donner un petit verre de vin chaud et sucré. Pour boisson, de l'eau d'orge, ou mieux du thé léger coupé avec du lait. Dès que la fièvre traumatique s'est établie, et si l'inflammation du cou est très-violente, je laisse le malade à la diète absolue, me contentant de prescrire de l'eau de chiendent froide, ou même de l'eau pure. Cependant je n'hésite pas à accorder du lait ou quelques bouillons, même pendant la fièvre traumatique, si l'enfant a de l'appétit ou que la fièvre se modère : j'augmente ensuite rapidement la quantité des alimens, car je regarde le régime légèrement analeptique comme une des conditions de succès de l'opération.

Dans ce mémoire, j'ai brièvement indiqué ce que mon expérience personnelle m'avait appris, et surtout ce que m'avait enseigné M. Bretonneau de Tours; c'est dans les leçons cliniques de mon excellent maître, dans ses observations bienvaillantes, dans son immortel traité de la diphthérite, que j'ai puisé la plupart des utiles pratiques que j'ai indiquées tout à l'heure.

A. Trousseau, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, méd. des hôpitaux.

Sur l'arthrite spontanée aiguë.

(*Suite.*)

Partie pathologique et thérapeutique.

Causes. — Des faits très-nombreux prouvent que l'arthrite spontanée aiguë est souvent la conséquence de l'action du froid : tels sont les cas cités par Giannini, d'après Haygarth, dans lesquels sur vingt et un rhumatismes, dix se sont déclarés le premier jour après l'impression du froid : tel est celui cité par Lebreton, dans lequel il s'agit d'un bataillon qui gravissait une montagne au moment où un vent glacé soufflait la neige avec violence. Plusieurs de ces soldats furent atteints de rhumatisme, et cela du côté du corps qui avait été exposé au courant d'air : tel fut encore le cas de Couthon, collègue de Robespierre, qui fut frappé d'un rhumatisme intense qu'il conserva toute sa vie pour s'être plongé dans l'eau froide, etc. Malgré ces faits et beaucoup d'autres, dont un grand nombre a plutôt trait à la lésion des muscles qu'à celle de jointure, il arrive souvent qu'on ne peut accuser le froid d'avoir produit l'arthrite aiguë spontanée. Sur nos douze premiers cas, il y en a cinq (obs. 1re 2e, 4e, 5e, 6e) où l'on ne trouve pas de cause qu'on puisse assigner à la maladie; il y en a cinq autres (obs. 3, 7, 8, 9, 11) où l'habitation dans des lieux humides où mal aérés a paru occasionner l'arthrite; dans un cas (obs. 10), des mouvemens très-violens pendant une attaque d'hystérie semblèrent produire l'inflammation des jointures et dans le dernier (obs. 12), une marche forcée parut occasionner le même accident.

Les symptômes qu'ont présenté nos malades ont consisté :

1° Dans des accidens locaux : tumeur, chaleur, rougeur des articulations, accumulation de synovie dans celles où il était possible de la reconnaître; douleur très-vive augmentant par la moindre pression et rendant les mouvemens difficiles ou impossibles. Ces accidens locaux, après avoir parcouru leurs périodes en trois, quatre ou six jours dans une jointure, se sont ensuite prononcés de la même manière vers une ou plusieurs autres articulations;

2° Dans des phénomènes généraux : de la fièvre, un pouls plein, fort, souvent fréquent, quelquefois rare, parfois ondulant; dans la plénitude des veines et dans l'activité de leur circulation, dans la rougeur des capillaires généraux, dans l'état de congestion des organes profonds; le sang tiré par la phlébotomie était le plus souvent couenneux, riche, épais, plastique, et contenait peu de sérosité par rapport au caillot; la peau était chaude, halitueuse, la respiration rare et lente.

Chez aucun de nos malades, il n'y eut de complications graves du côté des viscères. Dans un cas, une névralgie, et dans un autre des crampes vinrent se joindre au rhumatisme articulaire et résistèrent à tous les traitemens qu'on employa.

Durée avant le traitement : si, dans nos observations, on compte la durée des maladies avant le traitement, on trouve : que l'une datait de trois jours (obs. 7), l'autre de quatre (obs. 10), une autre de cinq (obs. 3), une de six (obs. 6), une de sept (obs. 8), trois de huit (obs. 1, 2, 8), deux de quinze jours (obs. 4, 9), une de trente jours (obs. 14), une de soixante (obs. 11), une de quatre-vingt-dix (obs. 12), et une dernière enfin d'un temps indéterminé (obs. 13). Dans tous

ces cas, on avait à peu près abandonné l'arthrite à elle-même, ou on l'avait combattue par des moyens peu énergiques. Il paraissait devoir en être pour plusieurs de ces malades comme beaucoup de médecins le pensent du rhumatisme articulaire traité par des méthodes ordinaires, et il semblait, en effet, que cette affection devait durer en tout de six semaines à deux mois. D'après les relevés de M. Chomel, cette maladie, entre les âges de quinze et trente ans, se termine ordinairement avant le quarantième jour, et entre trente et quarante-cinq ans, après le quarantième jour. M. Martin Salon, sur vingt et un rhumatismes aigus observés à l'Hôtel-Dieu, avait cependant remarqué que cette maladie avait duré : dans un cas, six jours; dans deux autres, dix jours; dans quatre cas, de onze à quinze jours, dans six cas, de seize à vingt; dans trois, de vingt et un à vingt-cinq; dans trois autres, de trente à trente-cinq; et dans deux seulement, de quarante deux à cinquante. Sydenham fait observer que le rhumatisme peut durer toute la vie.

Durée après le traitement. — Il importe davantage encore de savoir combien, dans les quatorze cas précédens, le rhumatisme a duré après le traitement. Or, cette durée a varié de 24 à 48 heures; dans un seul cas il y a eu une rechute, et la curation de celle-ci ne s'est pas fait plus attendre que celle de la première invasion de la maladie.

Nature de la maladie. — Dans l'arthrite spontanée aiguë deux faits capitaux se présentent :

1° Une lésion locale qu'on ne peut révoquer en doute, et dont la nature inflammatoire paraît évidente : elle est en effet représentée par tous les caractères de l'inflammation franche et aiguë, et de plus, par le dépôt de liquide dans la synoviale. Personne ne s'aviserait de dire que la pleurésie n'est pas une inflammation, parce que la sérosité formée par la plèvre enflammée n'a pas le plus souvent l'apparence du pus; de ce que l'affection d'une jointure, après avoir parcouru ses périodes sur un point, reparaît sur un autre, cela ne prouve pas que la maladie ne soit pas inflammatoire; l'érisypèle change de place, et n'en est cependant pas moins une maladie essentiellement inflammatoire; d'ailleurs les observations de MM. Dupuytren, Cruveilhier, Vallerand de Lafosse, les miennes propres ont démontré, à la suite du rhumatisme, l'existence du pus dans les articulations. Ainsi, il y a ici une lésion locale, et cette lésion est inflammatoire.

2° Une altération du sang en général, et ce fait est pour moi non moins prouvé que le précédent : il est en effet difficile de se rendre compte autrement de la couenne inflammatoire quelquefois si épaisse, de la proportion considérable du caillot, de la petite quantité de sérosité qu'on trouve dans le sang des malades atteints de cette affection. Il y a dans ce cas surabondance d'un sang trop riche; de là les symptômes généraux qui se déclarent. L'état général précède-t-il l'état local ou le suit-il? Cette question est encore inécise. Il importe, pour le praticien, de savoir que ces états coexistent.

Traitement. — Les deux indications capitales dans le traitement de l'arthrite spontanée aiguë ont reposé chez nos malades sur les considérations précédemment établies :

1° Remédier à l'état général :

La diète absolue a été indispensable; mais seule elle aurait agi trop lentement et n'aurait pas suffi.

Les saignées, pratiquées en un petit nombre de fois, faites le plus tôt possible, et portées assez loin pour affaiblir le pouls et pour alléger presque immédiatement les douleurs, ont été d'une grande utilité. On n'a pas craint de tirer deux livres de sang et plus en une seule fois. Le malade était assis sur son séant; on s'arrêtait s'il se trouvait mal, ou si l'artère du bras élevée se déprimait, et on plaçait le rhumatisant sur un plan horizontal, alors la syncope n'avait pas lieu, les douleurs étaient presque à l'instant calmées : aussitôt qu'une exacerbation survenait et dès que le pouls avait repris de la force, on ouvrait encore la veine et on saignait largement, mais avec plus de précautions que la première fois. En général on faisait un très-petit nombre de saignées mais on les portait chacune assez loin. On redoutait comme inutile et comme affaiblissant en pure perte de petites évacuations sanguines répétés fréquemment. Les dix saignées pratiquées par Baillon, dans un cas et contre lesquelles s'éleva amèrement Pinel, auraient fait place avec avantage à une forte saignée faite dès le début. Aussi un épistaxis énorme guérit-il plus tard le malade d'une manière subite. Il ne faut pas croire que dans le rhumatisme on ait employé suffisamment la saignée quand on aura tiré une ou deux fois, à un homme robuste, huit ou dix onces de sang; alors on soulage, on ne guérit pas, et le soir ou le lendemain au plus tard les accidens reparaissent et se prolongent.

Les boissons aqueuses à haute dose ne sont pas moins utiles. C'est immédiatement après les saignées qu'elles sont les plus indiquées. Le but qu'on se propose, en les administrant, est d'étendre d'eau la sérosité plastique du sang ou d'augmenter la quantité de sérosité, si elle n'est pas plastique. Une demi-verrée d'une tisane quelconque doit être donnée tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Il faut cependant en administrer assez peu à la fois pour qu'elle soit absorbée dans l'estomac avant qu'on en donne d'autre. Il m'a paru plutôt dangereux qu'utile de laisser accumuler de l'eau dans cet organe. La percussion médiate apprendra si le liquide reste dans l'estomac, et fera aussi apprécier si les poumons, le cœur et le foie, conservent encore de grandes proportions de sang (1).

Des injections d'eau dans le rectum au nombre de trois ou quatre par jour, remplissent encore la même indication que les boissons.

2° Remédier à l'état local.

L'élévation des articulations malades le plus haut possible (pourvu que le malade n'en soit pas fatigué) au-dessus du niveau du tronc, est indispensable. S'il agit des genoux, des pieds, des poignets, du coude, on les soulève sur un plan formé par des oreillers. S'il est question de la hanche ou de l'épaule, on fait reposer le malade sur le côté opposé à la partie affectée, de telle sorte que celle-ci soit située plus haut que les autres régions du corps. De tous les moyens que j'ai employés, c'est celui-ci qui m'a paru le plus hâter la résolution, et ce ne serait pas suivre la méthode que je propose qu'employer les autres précautions et que négliger celle-ci. Vingt-cinq, trente, quarante sangsues, dans quelques cas, et dès le premier moment du retour des accidens après les saignées, seront appliquées sur celle des jointures qui sera la plus malade. Leur nombre, la quantité de sang qu'on laissera s'écouler, seront sub-

(1) Du procédé opératoire de la percussion médiate, p. 245 et *passim*. Chez Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis*. 1830. Prix, 6 fr. et 7 fr. avec les thèses.

ordonnés à la force du sujet, aux résultats de l'examen des artères, des veines et des organes profonds.

Les membres malades seront recouverts de taffetas gommé et d'applications émollientes.

Dans les cas précédens d'arthrite spontanée aiguë (et ce sont les seuls que j'aie vu depuis que cette méthode a été suivie), je n'ai pas eu besoin d'avoir recours à d'autres moyens. Presque toujours, quarante-huit heures après le commencement du traitement, il n'y avait plus d'accidens, et la convalescence a été très-rapide. En général, des saignées copieuses, mais rares, exténuent beaucoup moins que de petites saignées répétées, dont les effets affaiblissans sont augmentés par ceux de l'abstinence. Aussitôt que les malades demandaient des alimens dès le troisième ou le quatrième jour, on leur en accordait, et ils passaient successivement, et d'un jour à l'autre du quart à la demie et aux trois quarts. Le repos était prescrit pendant quatre ou cinq jours. Dans un cas, une rechute fut la conséquence d'un exercice trop violent.

Dans les très-anciennes arthrites, avec déformation surtout, les larges vésicatoires m'ont mieux réussi que les saignées générales ou locales, et même que la méthode endermique.

Mon désir le plus vif serait que mes confrères obtînssent de la médication précédente des résultats aussi avantageux que ceux qui viennent d'être signalés. Je crois qu'il en sera ainsi, s'ils emploient de front les moyens que je propose. Cependant, bien qu'un succès constant dans 14 cas, sans aucune exception, doive donner quelque confiance dans une médication, j'avoue que je me défie encore de semblables succès, et qu'il est à souhaiter que de nouveaux faits viennent appuyer ceux-ci. Il est de ces heureux hasards de pratique, de ces circonstances peut-être épidémiques qui font qu'on réussit aujourd'hui dans 10 cas, tandis que demain on échouera par les mêmes moyens dans 10 autres cas qui de prime-abord paraîtront semblables.

Peut-être que d'autres praticiens réussissent tout aussi bien par des méthodes très-différentes; en thérapeutique, c'est souvent moins telle espèce de moyens qu'on connaît, que telle médication qu'on sait bien employer, sur laquelle il faut compter, et la pratique apprend souvent que les traitemens qui, au premier aperçu, paraîtraient peu convenables sont sanctionnés par l'expérience. Toutefois si deux traitemens réussissent également, et si je raisonne mieux ce que je fais dans l'un d'eux, ce sera ce dernier qui, toutes choses égales d'ailleurs, me paraîtra devoir mériter la préférence.

P.-A. Piorry, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié.

MÉDECINE LÉGALE.

Rapport médico-légal sur un cas de viol.

Nous soussignés, docteur en médecine de la Faculté de Paris membre de l'Académie royale de médecine, et nous, chef de travaux chimiques de la faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine;

Sur l'invitation de... etc., avons procédé à l'examen et à l'analyse de taches existant sur une chemise et un drap, dans le but de déterminer si ces taches étaient dues à du sperme.

La chemise est d'une toile assez grossè, sa coupe indique qu'elle a appartenu à une femme; elle est salie à son intérieur et en arrière par des taches assez nombreuses qui sont évidemment produites par des matières fécales; en devant on observe plusieurs taches dues à une matière jaunâtre, ces taches sont en dedans de la chemise, aucune d'elles n'a pénétré toute l'épaisseur de la toile, de manière à être apparente au dehors. Une seule, située à la moitié de la hauteur de la chemise et à peu près à sa partie moyenne, laisse une trace grisâtre extérieurement; et, dans ce point, le linge offre plus de résistance, il est comme gommé.

Le drap est d'une toile très-grosse, de couleur grise, sur laquelle on remarque une seule tache d'un gris plus foncé, ayant la forme d'un ovale irrégulier dont le grand diamètre a quatre pouces, et le diamètre transversal trois. Cette partie du drap est comme empesée.

Examen des taches de la chemise.

Nous nous sommes particulièrement attachés à l'examen et à l'analyse de celle des taches de la chemise qui était accompagnée d'une raideur plus grande. La forme allongée de cette tache, les traînées successivement décroissantes qui en constituent une partie, annoncent que cette tache résulte du contact d'une matière colorée qu'on a essuyée en exerçant un léger frottement. En l'observant à la loupe, on y distingue plusieurs parcelles plus épaisses concrètes, desséchés à la surface de la toile, d'une couleur jaune foncée : ces petites écailles jaunâtres furent détachés avec le plus grand soin, et placées dans une capsule de verre avec un peu d'eau distillée.

Une portion de la toile, ainsi tachée, a été enlevée, coupée en plusieurs morceaux, qui ont été mis aussi dans une capsule de verre avec un peu d'eau distillée.

Enfin, pour éviter tout mélange de matières étrangères, les deux capsules ont été recouvertes de deux capsules plus grandes.

1° L'eau distillée qu'on avait versée sur les parties concrètes de la matière formant la tache est devenu trouble au bout de douze heures sans acquérir d'odeur particulière ni devenir alcaline.

2° Les parcelles de matière concrète qu'elle contenait se sont gonflées, ont augmenté de volume, sont devenues d'un blanc opaque; elles étaient solubles dans la potasse et dans l'acide sulfurique concentré sans se colorer. Desséchées de nouveau, ces parcelles opaques sont devenues jaunâtres et translucides.

3° Le linge enlevé de la chemise et qui avait été laissé douze heures à macérer dans de l'eau distillée n'offrait rien de poisseux au contact et à la pression, mais il dégageait une odeur urineuse très-forte.

Analyse de la matière du drap de lit.

1° Les morceaux de cette toile plongés dans de l'eau distillée pendant vingt-quatre heures se sont

humectés complètement; il se dégageait de la capsule une odeur ammonicale et légèrement spermatique; mais après avoir été exprimés à plusieurs reprises entre les doigts, ces morceaux de toile répandaient une odeur de sperme excessivement prononcée, ils collaient aux doigts : ce qui démontrait que la matière formant tache contenait quelque chose de poisseux.

2° L'eau distillée dans laquelle les morceaux de linge avaient été plongés, réunie à celle qu'on en avait exprimée en les pressant entre les doigts, était d'un gris jaunâtre touble, d'odeur fortement spermatique et légèrement ammonicale, ramenant au bleu le papier de tournesol rougi par un acide.

Une première portion de cette liqueur traitée par l'alcool a donné un précipité blanchâtre et floconneux.

Une seconde portion traitée par le chlore a fourni de même un précipité blanc et floconneux.

Une troisième portion traitée par le sous-acétate de plomb a donné le même résultat.

Une quatrième portion traitée par la teinture alcoolique de noix de galles a laissé déposer un précipité blanc grisâtre abondant.

3° Le reste de cette liqueur placé dans une capsule de verre a été soumis à une évaporation lente. Ainsi réduite, la liqueur a laissé un résidu glutineux très-abondant, d'un gris jaunâtre insoluble dans l'eau et soluble dans la potasse, ce résidu glutineux adhérait aux doigts comme une matière poisseuse.

4° La partie de cette liqueur restée liquide a été de nouveau traitée après cette évaporation par le chlore, elle a fourni un précipité floconneux blanchâtre.

Une autre portion traitée par le sous-acétate de plomb a donné un précipité semblable.

La teinture alcoolique de noix de galles a fait naître dans une autre portion de cette liqueur un précipité blanchâtre abondant.

L'alcool essayé de la même manière a donné le même résultat.

Il en a été de même pour l'acétate de plomb et le sublimé corrosif. La solution de ces deux réactifs a fourni également un précipité blanc et floconneux.

5° Une autre portion du drap taché a été plongée dans de l'alcool à 36° pendant 24 heures; le linge ne s'est pas désempesé, l'alcool traité ensuite par l'eau n'a pas fourni de précipité.

Toutefois l'alcool avait dissous une petite quantité de matière; car en l'évaporant jusqu'à siccité nous avons obtenu un léger résidu.

6° Une autre portion du drap taché a été exposée avec précaution à un feu modéré : elle est devenue bientôt d'un jaune fauve. Une portion du drap non taché soumis en même temps à la même épreuve ne s'est pas colorée. Le linge ainsi jauni fut ensuite plongé pendant trois heures dans de l'eau distillée froide, perdit sa couleur, et le linge présenta tous les caractères des morceaux qui avaient été d'abord plongés dans l'eau, il devint poisseux et laissa dégager une odeur spermatique très-manifeste.

De ces expériences nous concluons :

1° Que la matière des taches observées sur la chemise, à sa partie antérieure, est formée par du mucus légèrement jaunâtre qui peut provenir d'un écoulement vaginal peu abondant. (Fleurs blanches.)

2° Que la matière qui forme la tache du drap est du sperme, parfaitement reconnaissable d'abord à son odeur spécifique, en second lieu aux divers caractères que l'analyse a fait découvrir et qui sont propres à cette humeur.

Paris, le 10 août 1833.

Olivier (d'angers),
Barruel, chef des travaux chimiques de la Faculté.

PHARMACIE.

Considérations physico-chimiques sur l'homœopathie.

Le système homœpathique, accueilli par les uns avec un aveugle enthousiasme, repoussé par les autres avec un dédain sans appel, doit cependant, malgré tout ce qu'il offre d'étrange, attirer l'attention des hommes auxquels l'amour de la vérité fait voir dans chacun des mouvemens de l'esprit humain, quelque désordonné qu'il soit, une occasion de progrès.

Enfanté par l'imagination d'Hahnemann, ce système semble destiné à parcourir l'Europe; à en juger par son début dans la carrière, il trouvera partout quelques adeptes plus ou moins ardens, qui le développeront aux yeux du monde médical, il se montrera partout sans pousser nulle part de profondes racines; mais dans son rapide passage, il présentera une nouvelle face de la science, il ajoutera une expérience de plus aux expériences acquises, et sa venue n'aura point été complètement stérile. Il doit réagir sur l'art médical tout entier; mais c'est particulièrement sur la pharmacie et la thérapeutique qu'il paraît appelé à exercer son influence.

Examinons-le sous ce point de vue.

Tel que nous le considérons, le fond de ce système est d'attribuer aux médicamens employés à des doses infiniment petites des propriétés extrêmement énergiques, et de voir dans la division, la trituration, l'agitation et d'autres procédés qu'il est inutile d'énumérer ici des causes de modification qui n'avaient point été soupçonnées jusqu'alors.

Lorsqu'on lit dans l'Organon le détail des manipulations auxquelles Hahnemann soumet ses médicamens, des susceptibilités merveilleuses, et des propriétés bien plus étonnantes encore dont ils sont doués à ses yeux, le livre est prêt à échapper des mains, et l'on est tenté au premier abord de se demander s'il est bien vrai qu'au 19me siècle, on a pu écrire un pareil ouvrage; mais si, frappé de l'attention que plusieurs médecins de l'Allemagne et de la France n'ont pas craint d'accorder à l'homœopathie, on cherche à découvrir l'idée-mère de cette doctrine, et à démêler si elle ne récèle pas quelque chose de vrai sous l'appareil extravagant dont elle est enveloppée, on s'aperçoit bientôt qu'elle se lie par quelques points aux découvertes les plus récentes de la physique et de la chimie, et qu'elle n'est pas indigne d'un examen philosophique.

L'observation dans sa marche lentement progressive ne saisit d'abord que les grands traits de la nature, mais à mesure qu'elle se perfectionne la nature s'agrandit devant elle, et elle distingue des phénomènes qui lui avaient précédemment échappé.

Ainsi, jusqu'aux temps de Torricelli et de Pascal, on ne tint aucun compte de la pesanteur de l'air, et jusqu'à Lavoisier, l'influence de ses élémens n'avait

point été mise en jeu dans les théories chimiques ; mais c'est surtout depuis quelques années que la science a poussé le plus rapidement ses conquêtes dans le champ de l'analyse. C'est depuis quelques années surtout qu'elle a découvert dans les agens physiques et chimiques des puissances nouvelles dont elle n'avait pas même eu l'idée jusque-là. C'est le rapport de ces forces subtiles avec celles que le docteur allemand prétend avoir dévoilées, que je me propose de montrer ici, en même temps que les conséquences qui doivent résulter pour la pharmacie et la thérapeutique de l'examen des uns et des autres.

Parmi les effets les plus remarquables de ces forces, on doit ranger les phénomènes de l'électricité voltaïque qui joue un rôle dans la plupart des modifications de la matière, et semble avoir sa part dans chacun de ses plus légers mouvemens.

On sait en effet que cette force partout présente a remplacé l'idée vague qu'exprimait l'affinité chimique ; on sait qu'elle se manifeste au contact de tous les corps, et que certains liquides, par exemple, reçoivent une influence notable de la part des vases qui les renferment, bien qu'ils n'entrent nullement en combinaison avec leur substance. Telle est l'infusion des violettes, dont la couleur se conserve mieux dans un vase d'étain que dans tout autre ; tel est le lait qui, d'après les expériences précises de M. Bouchardat (1), reste plus ou moins long-temps sans altération suivant la nature des métaux qui le renferment, et, par exemple, se coagule en trois jours dans la porcelaine, le verre et le plomb, tandis qu'il reste huit jours liquide dans le laiton ou le cuivre. De leur côté, les liquides fermentescibles éprouvent de curieuses influences de la part des métaux avec lesquels ils sont en contact, et, d'après M. Bouchardat, la fermentation alcoolique ne peut se développer, ou s'arrête promptement dans les vases de cuivre ou de laiton ; mais un fait plus remarquable encore et qui a été reconnu par le même observateur c'est qu'au contact du mercure l'alcool résiste à la fermentation acétique, tandis qu'au contraire il absorbe l'oxigène et s'acétifie lorsqu'il est soustrait à l'influence de ce métal.

D'autre part, la découverte de l'isomérie est venue signaler dans la matière morte une mobilité dont on n'avait pas l'idée, dévoiler en quelque sorte un nouveau monde et mettre en garde contre des analogies apparentes, qui s'écroûlent devant une analyse plus approfondie. Ainsi l'acide phosphorique et ses sels, que les chimistes croyaient toujours identiques tant que leur analyse présentait les mêmes proportions de phosphore et d'oxigène, se sont dédoublés en acide pyrophosphorique et en pyrophosphates, et il a été reconnu que l'action de la chaleur pouvait dénaturer profondément certaines substances minérales, alors même qu'elle se bornait à mettre leurs molécules en mouvement sans modifier leurs rapports de proportion.

S'il en est ainsi de ces substances que leur constitution rend bien moins impressionnables que les matières organiques, celles-ci doivent présenter plus souvent encore de semblables phénomènes, et en effet c'est parmi elles qu'on peut en trouver les plus nombreux exemples ; et pour me borner à un seul qui se rattache particulièrement à la médecine et à la pharmacie, je citerai l'acide méconique qui d'après les dernières recherches de M. Robiquet se transforme en acide paraméconique lorsqu'on le chauffe avec de l'eau à la température de 100°, d'où il résulte que l'extrait d'opium ne contient plus d'acide méconique, mais bien de l'acide paraméconique lorsqu'il a été évaporé à 100° centigrades.

On voit déjà sans doute comment ces faits observés sur la nature morte se lient à ce point de vue de la doctrine d'Hahnemann qui concerne l'efficacité de l'altérabilité des médicamens.

Mais il en est d'autres qui peuvent être plus directement encore comparés aux prétendus phénomènes homœopathiques, et mieux faire sentir les conséquences auxquelles je me propose d'arriver. Je veux parler des transformations complètes que les huiles d'olives, d'amandes douces, de ricin et plusieurs autres peuvent éprouver sous l'influence d'un demi-centième de leurs poids d'acide hyponitrique (1). Cet acide en effet, si l'on n'a égard qu'à sa proportion et au résultat qu'il produit, ne semble-t-il pas en quelque sorte un modificateur homœopathique de la matière inanimée? L'analogie paraîtra plus frappante encore si on ajoute que le même acide, employé en beaucoup plus grande proportion, fait éprouver aux mêmes huiles des modifications toutes différentes des premières, puisqu'il les maintient liquides, et oxide leurs élémens, au lieu de les transformer en élaïdine ou en palmine. On doit trouver une analogie remarquable entre ces phénomènes et ceux que présente l'émétique suivant qu'il est administré par grains ou par proportion beaucoup plus forte, et les uns comme les autres semblent s'accorder avec cette idée qu'Hahnemann et ses partisans ont poussée à un incroyable excès, que les médicamens administrés à faible dose peuvent agir avec beaucoup d'énergie et tout autrement qu'à des doses plus élevées. Mais il y a bien loin de cette idée telle qu'elle ressort de l'expérience, avec ce qu'elle est devenue dans le système d'Hahnemann. Il y a loin des proportions que je viens de citer, à ces fractions incommensurables de matière que l'imagination ne peut se figurer, en faveur dequelles on n'a pu jusqu'ici, que je sache, invoquer l'autorité d'aucune expérience démonstrative pour quiconque n'est pas fascinée par l'esprit de système, et qui dépassent de beaucoup sans doute la divisibilité réelle de la matière.

Aussi, loin de moi l'envie de défendre la doctrine homœpathique, chaque jour au contraire je m'étonne qu'elle puisse faire des prosélytes, mais tout en la rejetant comme une de ces créations fantastiques dont l'histoire de l'esprit humain offre plus d'un exemple, j'ai voulu présenter le seul aperçu rationnel que l'on puisse y rattacher.

Tels sont les rapports que j'ai cru pouvoir établir entre des faits positifs empruntés aux sciences physiques et quelques-unes des données fondamentales de la doctrine homœopathique, dans l'espoir de faire mieux apprécier la portée de cette doctrine et le degré d'importance qu'on peut lui accorder. Il me reste à montrer quelle influence elle me paraît devoir exercer sur la thérapeutique et la pharmacie.

C'est par les médicamens qu'Hahnemann prétend combattre les maladies, c'est en eux qu'il place toutes les forces médicatrices à tel point qu'il les substitue aux évacuations sanguines elles-mêmes. Aussi attache-t-il une extrême importance à la préparation de ces médicamens, et tient-il compte des moindres circonstances qui pourraient les modifier. Par

(1) Journal de Pharmacie; septembre 1832.

(1) Journal de Pharmacie; septembre 1832.

ce seul fait, la médecine homœopathique doit servir à rendre à la thérapeutique une nouvelle vie, car elle ne peut manquer de rappeler sur elle une sérieuse attention, et pour tous ceux qui, comme moi-même, ont foi dans la thérapeutique il suffit qu'on se remette sérieusement à son étude pour s'y rattacher plus fortement que jamais.

Mettant toujours de côté tout ce qu'il y a d'imaginaire dans la doctrine allemande et tout ce qui doit disparaître avec l'aveugle enthousiasme de ses plus chauds partisans, pour ne m'arrêter qu'à ce fonds lointain de vérité qu'elle laisse apercevoir à travers ses égaremens, j'y vois encore un enseignement précieux pour imprimer à l'observation thérapeutique une marche vraiment rigoureuse et féconde en résultats positifs, pour faire sentir aux médecins la haute importance qu'ils doivent attacher à la préparation des médicamens qu'ils emploient, et aux pharmaciens combien il est nécessaire d'apporter dans leurs opérations toute cette exactitude attentive et minutieuse dont la pratique de l'analyse chimique la plus délicate peut seule donner l'idée et faire sentir la puissance.

En cela le système homœopathique me semble sympathiser, quoique de loin, avec la tendance analytique qui se manifeste aujourd'hui dans toutes les branches des sciences médicales. Il me semble en quelque sorte une phase naturelle, et peut-être nécessaire, de la médecine, une de ces tentatives désordonnées d'esprit révolutionnaire, qui signalent ordinairement les époques de régénération, et qu'il fallait subir pour arriver à l'avènement des idées nouvelles dont le monde médical est en travail.

De grands efforts ont déjà été tentés dans cette direction, de grands résultats ont été obtenus, mais ils n'ont fait qu'ouvrir la route et préparer la nouvelle ère médicale. C'est surtout aux analyses immédiates dans lesquelles les pharmaciens français se sont tant signalés qu'il faut en rapporter l'honneur; car bien qu'on doive se garder de proscrire les médicamens complexes dont l'efficacité repose sur de longues et incontestables expériences, c'est avec des médicamens simples et toujours identiques, tel que l'analyse a seul le pouvoir de les fournir, que les observations thérapeutiques peuvent être rigoureuses. La doctrine d'Hahnemann doit concourir à rendre cette vérité plus saillante et plus populaire. Mais c'est à l'observation patiente et consciencieuse des physiologistes et des médecins, c'est à leur association féconde avec les pharmaciens chimistes qu'il appartient de commencer l'ère médicale qui s'annonce et déjà se manifeste de toutes parts.

F. Boudet, pharmacien,
docteur ès-sciences.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

—

De l'usage des bougies dans les rétrécissement du canal de l'urèthre.

Monsieur le Rédacteur.

Pendant mon séjour à Paris, j'ai été surpris de voir, dans quelques hôpitaux, qu'on traitât encore les rétrécissemens de l'urèthre par l'usage des bougies à demeure. Ce traitement est long, dispendieux, incommode, car on ne dilate que très-lentement le canal par ce moyen; on force le malade à garder le lit, ou du moins la chambre, et on le met dans la dépendance du chirurgien pendant cinq ou six semaines.

Voici ce que l'expérience m'a appris sur ce point de pratique.

La dilation du conduit uréthral peut être obtenue, sans tous ces inconvéniens, de la manière suivante:

Tachez de traverser le rétrécissement avec une sonde métallique d'argent ou d'étain, etc. On sait qu'avec un peu de patience on finit par triompher de l'obstacle; et il est rare aujourd'hui qu'on ait recours à la ponction de la vessie dans le cas de retention d'urine, par suite d'oblitération de l'urèthre. Le rétrécissement vaincu, laissez en place pendant quelques minutes ou une demi-heure, plus ou moins, la sonde qui vient de passer, et si vous êtes pressé de dompter le mal, substituez immédiatement à cette sonde un pareil corps dilatant d'un calibre un peu plus fort, et ainsi de suite jusqu'à ce que vous soyez parvenu à introduire un corps cylindrique du plus grand diamètre que vous jugiez convenable. Si, au contraire, vous avez le temps de faire le traitement, ou que quelques circonstances particulières vous forcent à agir avec plus de lenteur, et à n'écarter les parois uréthrales qu'avec de certains ménagemens, vous pourrez également, ayant retiré la première sonde que vous venez d'introduire, laisser votre malade tranquille pendant plusieurs jours; puis, au bout de ce temps, vous réintroduirez la même sonde qui avait passé d'abord, et, après l'avoir laissée en place quelques minutes, vous lui substituerez un numéro plus gros. Vous procéderez, de cette manière, tous les jours ou tous les huit ou dix jours qui suivront, en augmentant chaque fois le calibre de la sonde, jusqu'à ce que vous ayez obtenu le degré d'écartement que vous désirez.

Il est surprenant combien on parvient promptement et facilement à ce résultat, et combien l'urèthre cède aisément après avoir été forcé une fois, et après que la première résistance du point rétréci a été vaincue. — La première introduction est en effet la chose la plus difficile et la plus douloureuse, et tout le reste n'est presque plus qu'un jeu. Il en est à peu près ici comme du vagin, lors de la première intromission de la verge, ou de la sortie d'un premier fœtus, aussi, dès que vous êtes parvenu à distendre le canal en tout ou en partie seulement, le reste est si facile que vous pourrez, dès ce moment, associer le malade à cette opération, et lui enseigner à placer lui-même la sonde. Je n'ai du moins jamais rencontré de sujet qui ne pût, après une très-facile instruction, introduire lui-même une grosse sonde. On peut la lui confier en toute sécurité, puisqu'on sait que ce n'est guère qu'avec de petites sondes qu'on peut s'exposer à faire de fausses routes ou à blesser les membranes uréthrales. Or cette instruction offre ce grand avantage pour le malade, qu'il peut, en l'absence du chirurgien, placer seul sa sonde, afin de bien calibrer le passage, et de revenir à cette opération aussitôt qu'il s'aperçoit, ou qu'il peut soupçonner que la coarctation a quelque tendance à se reformer.

Une seule introduction suffit souvent pour mettre à l'abri d'une rechute pendant plusieurs mois, ou pendant quelques années ou même pour toujours, si le traitement que je viens d'indiquer a été suffisamment loin et bien terminé.

Je dois dire que, comme corps dilatans ou com-

pressifs, les bougies emplastiques ou en gomme élastique, et les sondes creuses de cette dernière substance ne remplacent pas bien les corps métalliques, et que ceux-ci offrent plus de solidité et sont susceptibles d'un plus beau poli, ce qui facilite singulièrement leur introduction. J'ajouterai que les sondes creuses sont moins favorables que les pleines, à cause de la lésion que doit quelquefois produire l'œil de la sonde, par son passage sur la partie rétrécie qui le presse vivement. Il convient donc, en général, de donner la préférence à ces dernières.

MATH. MAYOR, chirurgien en chef de l'hôpital de Lausanne.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

Anévrysme de la crosse de l'aorte, communiquant avec la veine cave supérieure.

Un cocher, âgé de 41 ans, entra à l'hôpital de Saint-Barthélemy de Londres, dans le courant de juillet 1833. — Il présentait les symptômes d'une maladie du cœur arrivée au dernier degré. Un lacis de veines variqueuses couvrait la poitrine et le dos. Le malade, du plus loin qu'il se souvenait, avait eu de la toux, de la dispnée et des palpitations. Il n'y avait que trois mois qu'il avait commencé à perdre de ses forces. L'œdématie n'avait commencé à se manifester que depuis trois semaines. L'auscultation permettait de constater les phénomènes suivans : on entend le cœur jusqu'au-dessus de la mamelle droite; il y a peu d'impulsion. Vis-à-vis l'origine de l'aorte, on entend un bruissement qui est plus marqué encore au sommet du sternum et sous la clavicule droite. Ce bruit ressemble à la vibration d'une corde, et il se propage jusque dans la carotide droite. Des deux côtés de la poitrine et en arrière on entend du râle crépitant et un peu de ronchus. — L'œdème, la dyspnée firent de rapides progrès, et le malade mourut le 4 août 1833. — Autopsie douze heures après la mort: — Adhérence générale dans les deux plèvres. Derrière les trois premières côtes droites se trouvait une tumeur du volume du poing, en rapport avec les deux poumons et avec la veine qui était portée à droite et en arrière. Cette tumeur n'était autre chose qu'un anévrysme de l'aorte qui commençait dans le péricarde et se terminait un peu avant l'origine du tronc innominé. Elle ne contenait ni sang coagulé ni concrétion fibrineuse. Le sac anavrysmal était divisé en deux parties par une crête dont le sommet semblait indiquer la terminaison de l'artère. La membrane interne du sac semblait néanmoins se continuer avec celle de l'aorte, quoique la friabilité ne permit pas de l'enlever. Le côté droit de l'artère était particulièrement affecté. La veine cave supérieure contenait un caillot de sang, et, à deux pouces du point où elle débouche dans l'oreillette droite, communiquant avec le sac anévrysmal par une ouverture de six lignes de diamètre. Les bords de l'ouverture étaient lisses. Le sac anévrysmal était aminci dans le point où il correspondait à la veine, et il était demi-transparent un peu au-dessous du point de communication.

(The Lancet. August. 17. 1833.)

Formule d'une potion purgative à l'usage des enfans.

M. Edward Augustus-Cory, membre du collége royal des chirurgiens de Londres, vante, pour les enfans, la potion purgative suivante : Huile de croton tiglium, deux gouttes ; sucre blanc, deux gros : gomme arabique en poudre, demi-gros ; teinture de cardamon, demi-gros; eau, quantité suffisante pour faire une mixture d'une once et demie. — On l'administre à la dose de deux ou trois cuillerées à café toutes les trois ou quatre heures, chez les enfans de 5 à 6 ans, jusqu'à ce que les évacuations alvines commencent. Les effets de cette potion sont rapides et sûrs, et M. Cory la préfère à toute autre, parce qu'elle est agréable à prendre, et qu'elle n'inspire aux enfans aucune répugnance.

(The London med. and surg. journal August. 31. 1833.)

De la syncope comme moyen d'éviter aux malades la douleur des opérations chirurgicales; par M. WARDROP.

M. Wardrop raconte le fait suivant : Une jeune femme s'adressa à lui pour être délivrée d'une tumeur qu'elle portait à la tête : l'ablation était jugée indispensable par les chirurgiens les plus expérimentés et par M. Wardrop lui-même. Cette femme se décida à la laisser faire. — Au moment où le couteau toucha la peau, la malade s'élança de la chaise sur laquelle elle était placée, et ne voulut plus laisser continuer l'opération. Cependant, à quelques jours de là, elle se décida de nouveau, et pria elle-même M. Wardrop de la faire contenir par un nombre suffisant d'aides vigoureux. Ce nonobstant, lorsque le bistouri vint à entamer le cuir chevelu, elle fit un bond violent et s'échappa des mains des aides. — Or, elle comprenait l'absolue nécessité de l'opération, et elle était tombée dans un profond découragement; elle voulut donc que M. Wardrop tentât de nouveau l'ablation. — Ce praticien pensa alors que s'il faisait tomber la malade en syncope il pourrait l'opérer aisément. Celle-ci consentit avec empressement à l'emploi de ce moyen. On ouvrit donc largement la veine du bras, et la malade se tint debout jusqu'à ce qu'elle tombât en syncope. — Il fallut tirer cinquante-quatre onces de sang. Dès que la syncope fut complète, M. Wardrop enleva la tumeur, ce qu'il fit sans presque d'hémorragie. — La malade, reportée dans son lit, revint bientôt à elle, et ne voulut croire qu'elle avait été opéré que lorsqu'on lui eut présenté un miroir.

M. Wardrop se demande si, dans le plus grand nombre des opérations chirurgicales, un pareil moyen ne doit pas être tenté. Par là, en effet, on évite au malade d'horribles douleurs, et la syncope en elle-même n'a rien de grave, et, d'ailleurs, elle suit presque toujours les opérations. La perte de sang produite par la phlébotomie n'est pas plus considérable que celle qui accompagne ordinairement les grandes plaies chirurgicales. — M. Wardrop a, d'ailleurs, souvent usé de cette méthode, sur laquelle il avait déjà appelé l'attention il y a quelques années.

(The Lancet. August. 3. 1833.)

Anévrysme de la portion inguinale de l'artère crurale. — Ligature de l'artère iliaque externe. — guérison; par M. Martin Sinclair. D.-M.

John Chantler, portefaix, âgé de 28 ans, se mit, le 28 mars 1832, entre les mains de M. le docteur Sinclair, pour être guéri d'une tumeur qu'il portait dans l'aine droite. Le commencement de la maladie datait du mois d'octobre 1831; la tumeur avait, à cette époque, le volume d'une bille, et n'était guère sensible que par ses pulsations. Les efforts réitérés auxquels était soumis le malade semblaient être la cause de l'anévrysme. Celui-ci avait augmenté graduellement, et il avait aujourd'hui le volume d'un œuf de cane. Il était situé immédiatement audessous du ligament de Poupart; ses pulsations étaient violentes et isochrones aux mouvemens du cœur; chaque impulsion soulevait les tégumens à plus d'un pouce. La peau qui recouvrait la tumeur avait une couleur naturelle. Les mouvemens de l'articulation coxo-fémorale étaient difficiles; la santé était bonne d'ailleurs.

Le malade fut immédiatement mis à la diète, placé dans une position horizontale et purgé doucement; on lui donne aussi quelques cuillerées à bouche d'une potion calmante.

L'opération fut faite le 3 avril 1832. Le malade fut placé sur un lit en face de la croisée. L'opérateur se plaça du côté de l'anévrysme. Une incision semi-elliptique de quatre pouces d'étendue fut faite à la peau, deux pouces audessus du ligament de Poupart, les deux extrémités de l'incision regardaient en haut et en dehors, et se terminaient l'interne à un pouce et demi de la ligne blanche, l'externe vers l'épine iliaque supérieure. Les fibres de l'oblique externe furent alors coupés en travers avec le bistouri, et celles de l'oblique interne le furent à leur tour à l'aide d'un bistouri boutonné que l'on conduisit de dedans au dehors, dans le sens de la plaie des tégumens. Le péritoine fut alors repoussé doucement en haut avec les doigts, et l'on sentit aisément les battemens de l'artère iliaque. La gaîne du vaisseau fut divisée avec l'ongle, et une aiguille à ligature servit pour passer un fil audessous de l'artère. Dès que la ligature eut été serrée, tout battement cessa dans la tumeur de l'aine. — On réunit par première intention à l'aide de la suture entortillée; le membre fut enveloppé de flanelle. Cependant la plaie ne put être réunie sans suppurer; le fil se détacha le treizième jour, et la tumeur s'affaissa, disparut, et le malade put reprendre bientôt ses pénibles occupations.

(The Lancet. August. 17. 1833.

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par l'huile de goudron.

Un matelot anglais avale précipitamment un verre d'huile de goudron croyant boire du rhum. Il craignit d'être surpris, et continua son service pendant plusieurs heures. Six heures après il commença à éprouver tous les symptômes d'un véritable empoisonnement. Vomissemens abondans, prostration, douleurs violentes dans les entrailles et dans les reins, sans mal de tête, sans battemens des artères temporales. On lui donna l'ipécacuanha, et il rendit en grande quantité l'huile de goudron. Des purgatifs lui firent évaquer par les selles une assez grande quantité de cette même substance. — Le lendemain matin il ne lui restait que de la faiblesse et de l'ardeur d'urine. — Il alla à bord où il resta une partie de la journée. — Le troisième jour il était entièrement guéri.

(The Lancet. 3 august. 1833.

A. Trousseau.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité évidente du sulfate de quinine chez une malade menacée de phthisie pulmonaire.

Tel est le titre d'une observation communiquée à M. Hufeland, par le docteur Drost d'Osnabruck. Assurément la plupart des médecins français nieront que M. Droste ait eut, dans ce cas, affaire à une phthisie pulmonaire, car le signe pathognomonique de la phthisie (la pectoroloquie n'est point ici indiquée), et même aucun des signes sthéthoscopiques n'est rapporté. Toutefois la malade présentait cet ensemble de symptômes dont l'existence nous fait généralement dire qu'il y a menace ou première atteinte de phthisie pulmonaire, et puisqu'il est démontré que cette affection, à la vérité presque toujours mortelle, a guéri plusieurs fois par les seuls efforts de la nature, n'est-ce pas trop trancher que d'avancer qu'elle ne rétrograde jamais sous l'influence de l'art? N'est-ce pas aller trop loin que de nier absolument la valeur anti-phthisique des méthodes allemandes, lorsque, dans les observations des médecins allemands, toute la maladie, moins la pectoriloquie, a été attaquée? — Mais, comment dire aussi que leurs preuves sont concluantes? — D'accord; je demande seulement qu'on permette de dire qu'elles ont pour elles une très-grande probabilité, et qu'elles commandent un traitement semblable dans des circonstances semblables.

Dans l'observation du docteur Droste, une jeune femme de vingt-deux ans, qui depuis sa troisième couche avait de fréquentes douleurs de poitrine, toussait beaucoup, avait une expectoration abondante, avait la fièvre tous les soirs et des sueurs nocturnes, et maigrissait considérablement. Son père était mort jeune de la phthisie pulmonaire.

La première fois qu'il la vit, le 20 avril, M. Droste ne douta nullement qu'elle fût poitrinaire, et il lui prescrivit, sans espoir, une potion avec sel ammoniac, tartre stibié et extrait de jusquiame, et quelques jours plus tard, des frictions de liniment volatil sur la poitrine. Il n'y eut aucun amendement, et au contraire, la fièvre du soir était très-vive, les sueurs nocturnes abondantes, l'amaigrissement rapide, l'anxiété extrême, la toux, l'expectoration les mêmes.

Dans l'idée que, quel que fût le fonds du mal, l'intensité de l'exacerbation du soir, cette rémittence pouvait donner prise au quinquina, le praticien d'Osnabrück prescrivit, le 28 avril, à l'intérieur: le sulfate de quinine à petites doses associé à la digitale et au soufre doré d'antimoine, et à l'extérieur: l'application d'un emplâtre stibié sur la poitrine.

Le 7 mai suivant, plus de fièvre le soir, plus de sueurs nocturnes, plus de douleurs de poitrine ni d'anxiété, plus de chaleur brûlante à la paume des mains et à la plante des pieds; très-peu de toux,

retour de l'appétit et des forces. Au bout de quatorze jours du même traitement, la malade fut considérée comme guérie, par ses parens et par le médecin.

Le docteur Droste a de la peine à se rendre compte de l'action exercée par le quinquina; car, dit-il, rien n'annonça qu'on eût affaire à une fièvre-larvée : est-ce au moyen du retour périodique de l'exacerbation nerveuse, comme il l'a observé d'autres fois? (Hufeland's Journal Jul. 1833.)

Usage habituel de hautes doses d'opium; par le docteur Burdach.

Une femme de 38 ans accoucha deux fois naturellement et heureusement; sa santé fut bonne jusqu'à l'année suivante qu'elle devint de nouveau enceinte. A sa troisième couche, elle ressentit dans le pied gauche de très-vives douleurs, qui lui firent demander vainement des conseils de différens côtés. Elle trouva enfin un médecin qui lui administra plusieurs doses d'opium en poudre; ses douleurs se calmaient immédiatement après la prise des poudres, mais ne tardaient pas à revenir. La malade prenait de nouveau l'opium, les douleurs disparaissaient, puis revenaient, puis la malade avalait l'opium, et toujours de la sorte. Au bout de six mois, cette femme en était venue à prendre habituellement une demi-once d'opium pur par semaine; sans cela elle endurait des douleurs insupportables. Quand le docteur Burdach la vit pour la première fois, elle était affreusement maigrie, elle avait le teint terreux, cachectique, les yeux éteints, les traits de la face stupidement immobiles, les facultés intellectuelles très-affaiblies, peu d'appétit, des selles rares, la peau froide et sèche, le pouls faible et lent.

Du traitement de la gonorrhée et de la syphilis; par le docteur J.-A. Pitschaft.

Pour les gonorrhées, dans quelque période que ce soit, le docteur Pitschaft prescrit presque toujours :

R. Eau de menthe poivrée, quatre onces.
Térébenthine de Venise, d'un scrupule à un demi-gros.
Mucilage de gomme arabique, quantité suffisante pour faire une émulsion à laquelle on ajoutera :
Eau d'amandes amères, un gros et demi.
Sirop de guimauve, une demi-once.
S. Toutes les heures une cuillerée à bouche.

Si le malade est très-irritable, M. Pitschaft fait prendre en même temps, d'heure en heure, une cuillerée de la potion suivante :

Prenez : Feuilles de jusquiame, demi gros.
Faites infuser dans l'eau bouillante, ajoutez à six onces de colature :
Térébenthine de Venise, demi-gros.
Gomme arabique, q. s. pour faire une émulsion.

Ajoutez :

Sirop de guimauve, une once.

Lorsque le système glandulaire est pris, que le testicules souffrent sympathiquement, que le malade a eu souvent la chaude-pisse ou qu'il est d'une constitution scrofuleuse, on prescrit :

R. Feuilles de cigue, un scrupule.
Faites infuser dans l'eau bouillante, ajoutez à quatre onces de colature :
Térébenthine de Venise, d'un scrupule à un demi-gros.
Mucilage de gomme arabique. q. s. pour faire une émulsion.

Ajoutez :

Eau d'amandes amères, un gros.
Sirop de guimauve une once.
à prendre toutes les heures une cuillerée à bouche.

Il faut que pendant le traitement le malade renonce aux mets stimulans, qu'il ait pour boisson de l'eau crue ou sucrée, de l'eau de Seltz avec du lait, une bière légère, du lait d'amandes; qu'il porte un suspensoir, qu'il garde le lit autant que possible, qu'il prenne quelques bains, qu'il ait le ventre libre. Il y a très-peu de cas dans lesquels cinq ou six des mixtures précédentes ne suffisent pas pour la guérison radicale. M. Pitschaft a trouvé cette méthode si sûre qu'il ne craint pas de la déclarer spécifique contre les gonorrhées virulentes. Pour les femmes, dont le tempérament est plus irritable que celui des hommes, il est plus modéré sur l'usage de la térébenthine.

Le même praticien traite depuis plusieurs années la syphilis, primitive ou consécutive par le précipité rouge de mercure : la sabine, la sauge, les bains de sels (recommandés en mars 1829 par le journal d'Hufeland) sont les adjuvans qu'il trouve les plus avantageux. Il oppose à la complication de cachexie le kina et le café de gland, et à celle d'une constitution scrofuleuse la ciguë à petites doses. — Il traite les ulcères chancreux, récens ou anciens, avec l'esprit de térébenthine, et vers la fin avec un mélange de térébenthine et de jaune d'œuf ou de mucilage de gomme arabique, mais toujours il emploie à l'intérieur le précipité rouge. Il laisse suppurer les bubons et couvre les exostoses d'une pommade de térébenthine et de mucilage de gomme arabique. Voici quelle est la formule pour le précipité rouge :

R. : Précipité rouge de mercure, trois ou cinq grains.
Acétate de morphine, un grain.
Poudre de racine de guimauve. q. s pour faire avec quelques gouttes d'eau distillée vingt pilules.
S. Prendre une pilule une heure après le premier repas et une heure avant de se coucher.

La syphilis récente guérit ainsi très-rapidement; la syphilis ancienne demande plus de temps, mais il n'y a point d'accidens à craindre. La diète rigoureuse, si nécessaire avec les autres préparations mercurielles, ne l'est pas ici. La salivation ne se fait guère et d'ailleurs est parfaitement inutile. Si les os sont affectés, la sabine est le meilleur adjuvant; si les glandes, c'est la ciguë, si la peau, c'est la sauge. (Hufeland's journal, mai 1833.)

REVUE DES JOURNAUX ITALIENS.

—

THÉRAPEUTIQUE.

Vertu calmante de la belladone.

Un homme, dans une chute de cheval faite sur des pierres, reçut une très-forte contusion au bras droit et dans le flanc du même côté. Rendu chez lui et revenu de l'état divresse dans lequel il se trouvait, il commença à éprouver de fortes douleurs dans les parties affectées. Le lendemain les douleurs augmentèrent d'intensité; les applications chaudes et les cataplasmes de pariétaires n'arrêtèrent pas le moins du monde le développement de l'inflammation. A mon arrivée, je trouvai la famille dans la plus grande consternation, et le malade jetant des cris affreux arrachés par la douleur qui ne lui laissait pas un instant de repos. La main et le reste du membre, depuis le coude jusqu'à l'épaule, étaient extraordinairement rouges et gonflés. Un peu de camphre qui se trouvait dans la maison ayant augmenté plutôt que diminué la douleur, je cherchai dans le jardin de la jusquiame, avec les feuilles de laquelle je préparai un cataplasme que j'appliquai sur tout le bras. Au bout de trois heures le malade commença à reposer et dormit à peu près deux heures : mais à son réveil la douleur le ressaisit avec une intensité plus grande que jamais. J'expédiai alors aussitôt un courrier pour la ville voisine, avec la commission d'apporter une once de pommade de belladone. Après trois frictions faites dans le courant de la journée, le malade, sur les deux heures de la nuit, fut calme et s'endormit ; et, en continuant de même le troisième jour, il n'existait plus ni douleur, ni gonflement.

Un succès tout-à-fait semblable fut obtenu avec la pommade de belladone, chez un individu tombé du haut d'un arbre, dont le cas se rapprochait beaucoup du précédent.

C. Gaglia, doct. méd.

Efficacité de la belladone dans la réduction d'une hernie étranglée.

Une dame de 50 ans, de tempérament nerveux, portait depuis longtemps une hernie inguinale gauche, qui, de temps à autre l'incommodait, mais dont la réduction était très-facile. Le 22 janvier, étant convalescente d'une fièvre gastrico-rhumatique, et montant dans son appartement, cette femme sentit dans l'aine malade une douleur si forte qu'elle fut obligée, sur-le-champ, de se mettre sur un lit et d'y rester. La douleur ne fit que s'exaspérer, et il s'y joignit des mouvemens convulsifs, des vomissemens, qui jetèrent la malade dans la situation la plus déplorable.

Cinq heures s'étaient déjà écoulées depuis l'apparition de ces effroyables symptômes, lorsque je fus appelé : je reconnus sur-le-champ l'étranglement de la hernie pour cause de ce triste état. Je me mis en mesure de faire la réduction le plus promptement possible, mais je fus vite obligé d'y renoncer, le moindre contact renouvelant les vomissemens et les convulsions. Il n'y avait pas de temps à perdre. Une demi-once de pommade de belladone fut tout entière, en plusieurs fois et dans l'espace de deux heures, étendue sur la partie douloureuse. Les symptômes ne tardèrent pas à se calmer, et j'en profitai pour tenter une nouvelle réduction qui, en effet, fut supportée avec un calme merveilleux. L'intestin rentra dans l'abdomen, tous les symptômes d'étranglement disparurent, et la malade fut rendue à son premier état.

A. Péronne, doct. méd.
(Osservatore medico.)

De l'usage du carbonate de fer dans les maladies chroniques.

Les préparations de fer jouissent d'une réputation méritée dans ces maladies, mais non pas toutes au même degré. Les deux faits suivans, publiés par le docteur Galli, dans le numéro pour mars et avril du Répertoire médico-chirurgical de Piémont, sont de nature à placer le carbonate de fer parmi les plus utiles.

1. Une dame, demeurant à une petite distance de la ville, était affectée, depuis plusieurs années, d'un développement considérable du foie et de la rate, qui rendait son abdomen toujours tendu, dur et douloureux ; de plus, elle était affectée de constipation, d'anorexie, de dyspepsie et d'un embarras gastrique continuel. La couleur de la peau était ictérique. Après plusieurs applications de sangsues à l'anus, et l'usage, continué pendant quinze ou vingt jours, d'extrait de chicorée, afin de diminuer autant que possible l'état de phlogose et d'engorgement des viscères abdominaux, je prescrivis le carbonate de fer sous la forme de pilules à la dose de dix à douze grains dans le commencement, puis peu à peu à celle de trente grains, employant ainsi huit-cent-vingt grains en moins de trois mois. A mesure que la malade avançait dans son traitement, elle éprouvait une diminution proportionnelle des symptômes qui l'avaient tourmentée, à tel point qu'au bout de trois mois à peu près elle était pleinement rétablie.

Un jeune paysan, âgé de 25 ans, était atteint depuis deux ans d'une hépatite qui avait résité à tous les antiphlogistiques. Sa santé allait se détériorant de plus en plus. Quand je le vis pour la première fois il était dans l'état suivant : peau un peu œdematiée, de teinte ictérique, légère fièvre le soir; œdème des pieds, toux, dyspnée, anorexie, dyspepsie, amaigrissement considérable, ventre gonflé surtout dans la région du foie, constipation. pouls légèrement irrité, mais sans dureté. Dans la vue de remédier à ces nombreux et graves désordres organiques, dont le point de départ me paraissait être dans le foie, je songeai au carbonate de fer, auquel je crus convenable d'associer la digitale pour combattre les phénomènes pulmonaires, la toux et la dyspnée. Ma formule fut la suivante :

R. Carbonat. de fer porphyr.	gr. ij.
Feuill. de digitale pourp. pulv.	gr. s.
Ex. de Pissenlit.	q. s.
Mêlez pour une pilule.	
F. S. A. pilules égales.	n° 60.

Le malade commença par prendre cinq de ces pilules par jour, et peu à peu il arriva jusqu'à quinze. Il prit ainsi, dans l'espace d'un mois et demi, à peu près sept cent-vingt grains de carbonate de fer. Au bout de quelques jours seulement de l'administra-

tion de ce médicament, il se trouva notablement mieux, et il fut complètement rétabli lorsqu'il eut employé la quantité ci-dessus indiquée de carbonate de fer.

Ammoniaque liquide dans l'aménorrhée.

Nous avons déjà fait connaître, dit (l'Osservatore medico), les heureux résultats obtenus par le professeur Lavagna, contre l'aménorrhée, au moyen des injections d'ammoniaque dans le vagin; nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs les observations publiées par M. Fenoglio, dans le numéro de juillet 1832 du (Repertorio medico-chirurgico del Piemonte.)

1. Dans la première, il est question d'une dame cachectique, triste, sujette, depuis sept mois, à une perte mucoso-puriforme abondante, qui avait remplacé la manstruation. On avait vainement essayé tous les moyens ordinaires. Des injections furent faites pendant plusieurs jours dans le vagin avec quatre ou cinq gouttes d'ammoniaque dissoutes dans trois onces d'eau distillée de mauve. Le flux puriforme diminua immédiatement, les douleurs de reins et les symptômes précurseurs de la menstruation ne tardèrent pas à se faire sentir, et la fonction menstruelle reparut quatorze jours après l'usage des injections ammonicales. La santé se rétablit.

2. La malade qui fait le sujet de la seconde observation ressentit, après les injections, des douleurs lancinantes dans les lombes, fut prise d'une fièvre assez vive qui céda à une application de sangsues, et à la suite de laquelle le flux menstruel reparut et avec lui la santé.

3. La troisième offrit une sensibilité encore plus prononcée de l'utérus, et telle que les injections ne purent d'abord être tolérées : mais cette excessive irritabilité utérine une fois apaisée par quelques pilules de jusquiame et de ciguë, les injections purent être reprises. Il survint des douleurs de lombes assez fortes pour exiger des applications de sangsues. A la fin, la menstruation, qui était éteinte depuis sept mois, reparut et ramena la santé.

M. Fenoglio a soin d'avertir que s'il existait des maladies organiques de l'utérus, telle que des tumeurs squirrheuses ou de quelqu'autre nature, les injections ammoniacales ne manqueraient pas d'empirer l'état des malades; c'est pourquoi il conseille de commencer toujours par l'exploration de l'organe.

4. Cas malheureux, suivi de la mort, d'une dame chez laquelle une hémoptysie tenait lieu de menstrues.

5. 6. Cas d'issue douteuse.

7. Chez le sujet de cette septième observation, des injections ci-dessus indiquées, continuées pendant douze jours, rétablirent parfaitement les fonctions de l'utérus; cependant les douleurs des lombes et des aines se firent encore vivement sentir.

Les autres femmes qui furent soumises à ce traitement ne purent le continuer à cause de l'atrocité des douleurs qu'il occasionna.

De tous ces faits, l'auteur conclut que l'ammoniaque ainsi administré possède une action stimulante, diffusible, prompte, énergique, capable de rappeler l'utérus à ses fonctions normales, mais capable aussi de donner naissance à une métrite.

J. Ledaudy.

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

PAR F.-J.-J. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS ETC., ETC.

JUIN 1833.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Observation d'un œdème douloureux (Phlegmasia alba-dolens);

Par JULES GUYOT, *D.-M.-P.*

Madame M***, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-pléthorique, enceinte de six à sept mois (première grossesse), éprouva le 2 juillet une perte considérable, à la suite de laquelle elle accoucha de deux filles, dont une seulement vécut pendant quelques heures. La mère, quoique affaiblie par une perte considérable, une saignée abondante et un bain, se rétablit assez promptement, se plaignant toutefois d'une douleur dans le côté droit de la tête, et d'un engourdissement le long de la partie interne du bras gauche, de la main et des doigts. Après neuf jours de soins et d'un traitement convenable, madame M*** sortit de sa chambre et s'établit à son comptoir, où elle s'exposa à la fraîcheur et à l'humidité.

Le 14 juillet au soir, je fus appelé chez madame M***, qui se plaignait de douleurs vives et brûlantes dans la fesse droite et dans la cuisse correspondante à la partie interne, supérieure et postérieure : l'aine était le point le plus douloureux. La cuisse était gonflée, principalement en haut; la peau était chaude et sèche, et le toucher excitait une vive douleur; la pression du doigt ne laissait pas de traces; le pouls battait quatre-vingt-quinze fois par minute; il était plein et dur. La céphalalgie très intense du côté droit était, au dire de la malade, l'exagération de celle qu'elle avait éprouvée lors de ses couches, et qui depuis ne l'avait pas quittée; la langue était partout également rosée et humide, l'épigastre non douloureux à la pression; les lochies étaient supprimées depuis quarante-huit heures : depuis vingt-quatre heures, la malade n'avait point uriné; les seins étaient gonflés et durs. — Trente sangsues à la partie interne et supérieure de la cuisse; cataplasme enveloppant la fesse et la cuisse; limonade, chiendent nitré.

Lundi, 15, céphalalgie plus intense, pouls plus petit et plus fréquent (cent quatre pulsations); langue blanche, sans rougeur à la pointe; la cuisse est plus chaude que la veille; le gonflement s'étend vers le genou, et la malade se plaint du mollet : les pressions sont plus douloureuses le long de la partie interne du membre. — Constipation. — Lavement laxatif, bain tiède d'une heure. Une selle abondante a eu lieu.

La malade a uriné dans le bain.

Pouls ralenti, sommeil d'une heure; gonflement, chaleur, douleur persistante et s'étendant au pied. — Quarante sangsues le long de la partie interne du membre, depuis l'aine jusqu'au pied; cataplasme émollient enveloppant tout le membre. — Neuf heures du soir, céphalalgie diminuée, faiblesse extrême, pouls petit et fréquent (quatre-vingt-dix-huit pulsations); douleur du membre persistante; douleurs lancinantes dans le mollet.

Le 16 au matin, même état; nuit agitée; langue jaunâtre à la base, rouge à la pointe; pouls fréquent et dur; céphalalgie. — Lavement émollient, bain tiède; vingt-cinq sangsues à l'aine. — Le soir, faiblesse excessive, défaillances fréquentes; teint terreux; agitation; pandiculations; douleurs lancinantes dans la tête; pâleur générale; pouls filiforme; douleur moindre dans le membre; pieds froids. — Sinapismes aux pieds; trois cuillerées de bouillon. — Dix heures du soir, diminution sensible du mal de tête; cuisse moins tendue et moins chaude. La malade se plaint des pieds. Limonade sucrée, eau de fleurs d'oranger.

Le 17 au matin, mieux très marqué : pouls souple et

moins fréquent (quatre-vingt-douze pulsations) ; chaleur et tension de tout le membre sensiblement diminuée ; visage moins terreux. — Lavement émollient, infusion de bourrache, tisane de queues de cerises, chiendent nitré avec sirop de capillaire. Jambe et cuisse enveloppées dans de la flanelle, recouverte de taffetas gommé ; édredon sur les membres inférieurs ; chaleur extrême ; pouls large et plein, remonté à quatre-vingt-quinze et cent pulsations ; gêne et impatience ; sueur abondante ; amélioration sensible dans l'état général. — Trois heures du soir, on ôta l'édredon, continuation des boissons sudorifiques et diurétiques. — Cinq heures, amélioration de plus en plus prononcée ; visage épanoui. — Dix heures du soir, pouls souple et moins rapide ; chaleur et sueur excessive ; diminution dans le gonflement du membre ; mouvemens d'extension et de flexion difficiles et peu étendus, mais possibles ; suppression de la bourrache seulement ; lavement purgatif pour le lendemain.

Le 18, la nuit a été très agitée. Le matin, la malade accuse un mal de tête intense du côté gauche, le pouls est souple, mais fréquent (quatre-vingt-quinze pulsations). — Limonade sucrée ; bain tiède. Après le bain, à trois heures, céphalalgie violente ; peau sèche et brûlante ; pouls petit, dur et rapide (cent cinq pulsations). — Vingt sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux pieds. — A dix heures du soir, la céphalalgie est devenue insupportable, la tête est agitée d'un tremblement convulsif : affusions d'eau glacée sur la tête. — A dix heures et demie, le calme est en partie revenu ; néanmoins la céphalalgie est encore intense ; elle diminue jusqu'à trois heures du matin, où la malade demande qu'on suspende les affusions.

Le 19, depuis trois heures jusqu'à quatre, le mal de tête augmente, le pouls est rapide, sûr et plein, la malade se plaint beaucoup ; bain de pieds sinapisé, vessie pleine d'eau froide sur la tête, fourrures sur les cuisses et les jambes. La journée se passe dans le calme, la malade et les assistans se félicitent, La céphalalgie a presque disparu. Une saignée de deux palettes et demie est ordonnée en consultation. Je pratique une saignée d'une palette au plus ; une heure après, défaillances multipliées, pâleur excessive, visage froid, pouls filiforme et presque insensible par moment. — Trois cuillerées de bouillon ; le membre abdominal gauche est à peine gonflé, seulement le mollet présente encore une tumeur dure, inégale, recouverte comme tout le membre de capillaires veineux très prononcés et tranchant avec le blanc laiteux qu'avait pris la peau de tout le membre, et qui persiste encore quoiqu'à un moindre degré. La malade se plaint de l'aine, de la partie interne de la cuisse droite et surtout du mollet, on reconnait que le gonflement commence à l'envahir. L'épigastre est douloureux à la pression, les nausées se manifestent, la jambe et le pied droits sont froids ; sinapisme au pied droit, eau fraîche en boisson, cataplasme enveloppant la cuisse du même côté. La malade reprend des forces, le pouls se relève, le calme est satisfaisant. — A onze heures du soir, sommeil.

Le 20 au matin, sept heures ; céphalalgie intense, affusions d'eau froide demandées par la malade. Le gonflement s'est étendu à tout le membre abdominal droit ; douleurs vives, surtout à la partie interne, toucher douloureux, le doigt ne laisse aucune impression, la peau est sèche, chaude et d'un blanc laiteux ; la malade se plaint de douleurs dans les fesses ; cataplasme émollient enveloppant tout le membre. — Midi, le pouls donne cent pulsations, la peau est sèche et chaude, céphalalgie, rougeur de la face, somnolence. — Affusions. Douleurs dans la cuisse et la jambe droites, avec chaleur et tension augmentées ; renouveler le cataplasme, eau fraîche pour boisson. Agitation et plaintes : quelques cuillerées de bouillon ont été données. — Quatre heures, on donne une infusion de fleurs d'œillet, on enveloppe les jambes dans de larges flanelles et le taffetas gommé, on met un édredon sur les membres inférieurs. La sueur est abondante, la céphalalgie diminue, le pouls est moins fréquent et plus souple. La tension et la chaleur du membre abdominal droit sont plus considérables que jamais. — A dix heures du soir, la malade est plongée dans un assoupissement comateux.

21 au matin, impatience et agitation de la malade ; pouls à cent cinq pulsations par minute, langue jaune et noirâtre à la base, rouge à la pointe, bouche mauvaise, flatuosités, teint plus terreux, peau aride, douleur à l'épigastre ; boissons rafraîchissantes, sucs d'orange et de cerises. — Midi, même état général : lotions tièdes sur la cuisse ; la jambe et le pied droits toujours énormément gonflés et brûlans. — Vers trois heures, agitation plus forte, impatience plus grande, plaintes fréquentes, spasme général ; bain tiède, faiblesse dans le bain, la garde-malade donne un bouillon ; flatuosité, bâillemens, pesanteur d'estomac, nausées, bouche mauvaise, teint plus terreux, pouls dur et fréquent ; après le bain, calme prolongé ; puis la malade revient à l'état précédent, son agitation redouble, elle chante, elle veut se lever, et donne quelques signes de délire. Elle se plaint énergiquement de son membre droit, je fais ôter les flanelles et mettre un cataplasme émollient. L'épigastre est douloureux, le dévoiement commence, la langue est plus noire à la base : la garde avait donné du bouillon et des cerises, ce qui me paraît avoir déterminé tout ce désordre.

22 au matin, nuit agité et malheureuse, nouvelles impatiences, demande d'alimens, imprécations ; cataplasme aux membres inférieurs, vingt-cinq sangsues à l'épigastre ; calme prolongé. — Le soir, pouls fréquent et régulier, éructations, douleur dans le bras gauche et surtout dans l'épaule ; eau sucrée tiède. Sommeil jusqu'à deux heures du matin. — A deux heures, nouvelle agitation, sueur de la tête, aridité du corps.

Le matin du 23, pouls fréquent (95 à 100 pulsations), visage terreux, douleur d'estomac, impatience, bain, vingt-cinq sangsues à l'épigastre, cataplasmes sur l'estomac et aux jambes. — Vers midi amélioration marquée ; jambe moins sensible, pouls moins rapide et plus souple, calme. — Le soir, légère agitation, sommeil tranquille. Le 24, un bain. — A six heures du matin, spasme tout-à-fait tombé, peau souple et humide, pouls descendu à quatre-vingts pulsations ; tristesse moindre ; jambe moins tendue, cuisse désenflée d'un tiers. Jambe gauche entièrement rétablie, cataplasme, diète. Le 25, l'amélioration générale et locale continue ; bain, diète, cataplasmes. Le 26, l'état général est toujours de plus en plus satisfaisant ; mais la jambe est plus chaude et plus tendue, ainsi que la partie interne de la cuisse, où l'on remarque des tumeurs circonscrites et un peu d'empâte-

ment, la grande lèvre droite est également infiltrée. La malade se plaint des fesses; bouillon coupé; mouvement fébrile le soir. Le 27, bain; le gonflement et la chaleur persistant à la partie interne du membre abdominal droit, j'ordonne quinze sangsues : cinq à l'aine, cinq à la cuisse, cinq au mollet; diète. Le pouls revient à quatre-vingts pulsations, la peau redevient souple, les tumeurs de la grande lèvre, de la cuisse et le mollet diminuent. Le 28, les fesses examinées présentent une infiltration étendue qui peut être attribuée à la position déclive.--Changer la forme du lit, de manière à ce que le bassin soit de niveau avec le tronc. Disparition de l'infiltration, suppression des cataplasmes. — Le 29, bain, blanc de poulet, bouillon coupé. — Le soir, fièvre, agitation, tension de la jambe et de la partie interne de la cuisse; chaleur locale, cataplasmes, diète, boisson froide et abondante. — Le 30 au matin, mouvement fébrile, tension et chaleur dans certaines parties du membre, empâtement dans d'autres, le pied est énormément gonflé; diète, linges trempés dans l'eau de guimauve tiède, sur la cuisse. — Le soir, légère amélioration locale, on commence à voir paraître sur la cuisse une quantité de capillaires veineux. La peau commence à perdre sa blancheur laiteuse et tire au jaune.— Linges mouillées, diète. Le 31 au matin, la nuit a été parfaitement calme, la cuisse est complètement dégagée, excepté à la partie interne où il y a toujours de la raideur et quelques inégalités. La jambe est désenflée jusqu'au milieu du mollet; linges mouillés, bouillons coupés, lavement avec huile de ricin. Le 1er août, amélioration persistante; bain, bouillons coupés. Le 2, à trois heures; blanc de poulet, mauvaise digestion; infusion de fleurs de tilleul; la pesanteur d'estomac a persisté toute la nuit, le 3 au matin elle a disparu; deux soupes. Le 4, deux soupes de poulet, le gonflement de la jambe commence à diminuer. Le 5, régime nourrissant au goût de la malade. Elle soulève et remue la jambe. Le 6, bain le matin, la jambe encore un peu chaude le doigt laisse sur tout le gonflement une impression très forte. Le 7, j'applique un bandage roulé, depuis les orteils jusqu'au dessus du genou. Le 8, la jambe est diminuée par l'action du bandage de douze lignes de circonférence, réapplication de ce bandage et d'un second bandage à la jambe gauche, où il est resté un léger empâtement au pied et au-dessus des chevilles. Tumeur et raideur dans le haut des cuisses, le long du trajet des vaisseaux, ganglions tuméfiées à la partie interne et postérieure des genoux; régime alimentaire fortifiant. La malade se lève et peut se soutenir sur ses jambes; sa santé générale est parfaite.

Le 17, je revis madame M..., elle marchait depuis trois jours, mais elle ressentait toujours une raideur à la partie interne des jambes et des cuisses, et l'engorgement du ganglion situé à la partie interne et postérieure du genou gauche persistait et formait une tumeur qui s'alongeait en haut et en dedans, suivant le trajet des vaisseaux. Le pareil engorgement du côté droit avait disparu vingt-quatre heures auparavant seulement; du reste, les deux jambes et les deux cuisses sont revenues à leur état ordinaire, et madame M.... est en état de partir pour la campagne pour hâter sa convalescence.

Réflexions.

Il est évident que l'affection dont je viens de donner la marche et le traitement avec une scrupuleuse exactitude, est du genre de celles qu'on a nommées phlegmasies blanches, épanchement laiteux, œdème douloureux.

Sa durée a été de trente-quatre jours. L'œdème actif du membre inférieur gauche a duré neuf jours et celui du droit vingt-cinq jours. La chaleur, la douleur et les tumeurs observées dans les divers points, et comparées entre elles, pour l'intensité et la persistance semblent indiquer plus particulièrement une inflammation des ganglions et des vaisseaux lymphatiques. Je ne sais néanmoins à quoi attribuer l'apparition d'une immense quantité de capillaires veineux, dans la période de résolution. La marche de la maladie a été fort régulière, néanmoins les sympathies du cerveau, d'abord, et ensuite celles de l'estomac et des intestins, ont été assez violentes, pour mettre la malade en péril et pour absorber entièrement l'attention. Peut-être le traitement, dans lequel on a pu remarquer peu de régularité et même quelques contradictions qui tenaient à des avis différens, n'a-t-il pas été tout-à-fait étranger à ces graves perturbations.

Quoi qu'il en soit, je crois avoir remarqué qu'il serait dangereux de chercher à arrêter, par des moyens empyriques et violens, une maladie qui peut être conduite à bien par le seul emploi des antiphlogistiques. Je pense que cette affection a une marche et une durée nécessaires, et qu'il est beaucoup plus rationnel d'atténuer son intensité, de parer aux accidens, en mettant l'organisation dans une disposition convenable, que de tourmenter la malade et ajouter à sa mauvaise chance, celle que pourrait lui faire courir l'emploi de remèdes incertains. J'ai cru voir aussi que les émissions sanguines locales étaient de beaucoup préférables à la saignée; que l'emploi des boissons chaudes excitantes, des sudorifiques tant intérieurs qu'extérieurs pouvait bien procurer une force, un bien-être momentanés, mais qu'il était suivi d'une réaction redoutable. Je me suis convaincu qu'il fallait aussi éviter avec soin de donner prématurément des alimens, même légers.

Enfin, j'ai vu dans cette maladie, un des exemples les plus extraordinaires de résolution. Le mollet gauche présentait une tumeur circonscrite, dure à sa circonférence, molle à son centre, et tellement distincte et détachée des parties environnantes, qu'on ne pouvait guère douter qu'elle dût s'abcéder : elle disparut complètement en un jour et demi.

JULES GUYOT, Docteur,

Quoique la date de cette observation ne cadre point avec celle du présent numéro, qui est arriéré de deux mois, nous avons cependant jugé convenable de ne pas en retarder l'insertion, à cause de l'intérêt pratique qu'elle présentera à nos lecteurs. (*Note du Rédacteur.*)

Considérations pratiques sur la chlorose, vulgairement appelée, pâles couleurs;

Par L. LABAT,

Docteur-Médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte, et membre de plusieurs Sociétés médico-chirurgicales.

La chlorose, dérivé du mot grec *chloros*, qui signifie vert ou verdâtre, *chlorosma chlorosis, fœdi colores,* est une maladie qui affecte principalement les jeunes filles, à l'époque de la puberté, lorsque la menstruation éprouve de la difficulté à s'établir. On la désigne sous le nom vulgaire de *pâles couleurs,* à cause de la pâleur générale de la peau, de la décoloration des lèvres, des gencives, de la langue, de la muqueuse buccale et des conjonctives. C'est encore, d'après ce phénomène le plus apparent, qu'on l'a désignée sous une foule de dénominations, dont la synonymie n'offre rien de remarquable, si ce n'est le contraste bizarre de la plupart d'entre elles. Tels sont par exemple les noms d'ictère blanc, *icteria alba;* de fièvre blanche, *febris alba, d'icterus albus amantium* ; de fièvre d'amour, *febris amatoria*, de *fœdus virginum color:* d'autres auteurs l'ont appelée *pallidus morbus, cachexia virginum, morbus virgineus,* etc.

Il ne faudrait cependant pas admettre que la pâleur excessive, qui, dans quelques circonstances, donne un aspect laiteux à toute la surface de la peau, soit le seul caractère essentiel de cette maladie. On voit souvent cette couleur blanche se nuancer d'une teinte verte ou jaunâtre, terreuse ou plombée.

Les causes les plus fréquentes de la chlorose sont:

Le tempérament lymphatique; une constitution débile; un régime alimentaire trop aqueux, peu nutritif et secondé par l'influence d'un climat humide et froid; l'exposition habituelle à l'action des vapeurs hydrogénées, sulfureuses, ou chargées d'acide carbonique; un genre de vie oisif et trop sédentaire; l'habitation des grandes villes, surtout lorsqu'on y est privé des rayons solaires et de l'exercice en plein air; des chagrins prolongés, principalement ceux qui proviennent d'un amour malheureux; des saignemens de nez très fréquens; une diarrhée de longue durée; la masturbation et d'autres fois la privation trop absolue des plaisirs vénériens, surtout chez les jeunes veuves; une menstruation difficile ou impossible à s'établir; la suppression des règles chez les personnes qui ont dépassé depuis peu de temps l'âge de puberté, et, dans quelques circonstances, un écoulement trop abondant et trop fréquent du sang menstruel, ou d'un flux leucorrhoïque considérable; enfin, comme nous le démontrerons dans le courant de cet article, la chlorose est souvent le résultat d'une phlegmasie chronique de la matrice, et très fréquemment encore d'une gastrite chronique, ou d'une duodéno-hépatite. Dans le plus grand nombre des cas, il est facile de reconnaître que l'état morbide de l'utérus coexiste avec celui des organes digestifs, ou bien avec une irritation pulmonaire.

Existe-il une chlorose congénitale héréditaire? Je l'ignore, mais ce que je puis assurer, c'est que j'ai été appelé à deux familles, dont toutes les filles pâles, décolorées dès leur enfance étaient devenues chlorotiques à l'époque de la puberté. On se hâta de les marier, et leur guérison ne tarda point à s'opérer. La plupart de ces personnes ont néanmoins conservé depuis lors une susceptibilité très marquée dans les organes digestifs. Les parens de ces générations *albides* jouissaient d'une bonne santé, à l'exception de l'une des deux mères, qui était depuis longtemps incommodée de gastralgie et de dyspnée. Une chose digne de remarque, c'est que, sur six enfans, cette dame n'ayant eu qu'un garçon, celui-ci, par sa bonne constitution, le vif coloris de son teint et la pétulance de son caractère, faisait un contraste singulier au milieu de ses sœurs blafardes et languissantes.

Chez les chlorotiques les veines sous-cutanées semblent avoir entièrement disparu; le système musculaire présente un état général de flaccidité et de faiblesse; les lèvres ont un aspect cadavéreux, jaunâtre; les yeux sont ternes ou cernés, la physionomie sans expression. On dirait presque une figure de cire non colorée et un peu jaunie par le temps.

Les désordres intérieurs qui précèdent et accompagnent la chlorose sont: le dégoût, ou l'appétit dépravé, soit pour la craie, le plâtre, le charbon, le sel et tous les alimens de haut goût; la pesanteur et la tension à l'épigastre, les nausées, un sentiment d'aigreur ou d'amertume, qui augmente au moindre mouvement; quelquefois le ventre est tendu et fait entendre des borborygmes très sonores; les digestions sont habituellement lentes et pénibles, accompagnées de bâillemens fréquens, d'un peu de chaleur et de sécheresse à la peau, sans néanmoins qu'elle change de couleur; dans quelques cas, les fonctions digestives s'exécutent avec tant de promptitude et de facilité qu'elles nécessitent de fréquens repas. Il faut cependant se méfier de cet appétit désordonné, qui loin de profiter à la malade, ne tarde point à développer chez elle une inflammation gastro-intestinale, si elle n'existait déjà. A tous ces symptômes se joignent encore de fréquens accès de palpitations, de dyspnée et de crampes qui augmentent d'intensité au moindre mouvement, surtout en montant les escaliers; le pouls, ordinairement petit, devient parfois accéléré et fébrile, une heure après le repas. On remarque très souvent des battemens d'artères dans les principales régions du corps, mais surtout au cou et à la tête, où ils sont souvent accompagnés d'un bourdonnement très pénible. Les chlorotiques éprouvent habituellement des douleurs de tête, un sentiment de pesanteur à la nuque, au fond des orbites et sur les parties latérales du cou; les paupières s'enflent, surtout le matin, au point de ne permettre à la malade de distinguer les objets qu'un moment après s'être éveillée. Cette affection est accompagnée aussi de maux de reins qui augmentent chaque mois, à certaines époques fixes. Il existe souvent des douleurs articulaires qui se fixent principalement aux genoux et aux chevilles; les pieds sont gonflés vers la fin de la journée; ils restent constamment froids ainsi que les mains; les malades sont d'ordinaire con-

stipées; d'autres fois il survient une diarrhée verdâtre provenant d'une mauvaise élaboration des alimens; les urines sont pâles, quelquefois troubles et alternativement rares ou abondantes; la transpiration cutanée est presque nulle; une légère leuchorrée accompagne assez ordinairement la chlorose, qu'elle soit compliquée ou non, de suppression des menstrues. On observe aussi un état de langueur générale, d'insouciance, de tristesse; tantôt un engourdissement moral, tantôt une susceptibilité extrême; la chlorotique éprouve de temps à autre des frayeurs subites et sans motifs. Enfin l'inappétence pour tout exercice, les lassitudes spontanées à la suite du moindre mouvement, et la tendance continuelle au sommeil, complètent le triste tableau que présentent les femmes atteintes de cette maladie. La plupart de ces personnes sont stériles et ne cessent pas toujours de l'être, lors même qu'elles ont repris toutes les apparences d'une bonne santé.

Quoique j'aie souvent rencontré dans ma pratique des chlorotiques présentant la réunion de tous ces symptômes, il est cependant des cas où ils n'existent ni en aussi grand nombre, ni d'une manière aussi prononcée. Bien que la chlorose affecte plus spécialement les filles à l'époque de la puberté, elle se montre aussi, aux autres époques de la vie, depuis l'enfance jusqu'à l'âge le plus avancé. Dans quelques cas rares, elle existe sans que la menstruation soit dérangée, quant à sa régularité et à sa durée. Mais d'ordinaire, lorsque la chlorose a lieu sans suppression des menstrues, le sang est décoloré et diminue chaque fois de quantité. Cette maladie peut coexister aussi avec la grossesse et se déclarer même après la ménopause (âge critique).

Hippocrate a décrit les symptômes de la chlorose avec un tact exquis et une précision remarquable. Ses observations, consignées dans le livre *De virginum morbis*, nous donnent lieu de croire que, sous le beau ciel de la Grèce, cette maladie se présentait moins souvent, et avec des complications moins funestes que dans nos contrées froides et humides. Sauvages et la plupart de ses prédécesseurs ont attribué la chlorose à la surabondance de la partie séreuse du sang; Cullen à une affection des ovaires; Hoffman et Gardien au dérangement des digestions; Pinel, pensant que la chlorose dépend uniquement de la suppression des menstrues, ne distingue point cette maladie de l'aménorrhée; M. Boisseau l'a attribuée à une asthénie du système sanguin, « ne consistant pas, dit-il, dans la diminution de la quantité du sang, mais dans l'affaiblissement de ses qualités stimulantes. » M. Roche est porté à croire qu'elle est causée par une faiblesse des organes génitaux, c'est-à-dire par un défaut d'éréthisme de ces parties, disposition vitale nécessaire pour seconder les phénomènes de la menstruation, et réagir d'une manière convenable sur tout le reste de l'économie animale (1).

Quelques auteurs ont admis que la chlorose, telle que nous venons de la décrire, pouvait se manifester chez l'homme à toutes les époques de la vie, et plus particulièrement pendant l'enfance. Cette opinion nous paraît non-seulement hasardée, mais encore contraire à l'observation pratique, et aux principes physiologiques. Les personnes des deux sexes peuvent bien, par l'effet d'une lésion organique, ou à la suite d'une hémorrhagie abondante, être affectées d'*anémie* (1); mais quoique cette affection ait de l'analogie avec l'état chlorotique elle ne présente jamais chez l'homme les phénomènes caractéristiques de la vraie chlorose, tels que nous venons de les décrire, parce qu'un grand nombre d'entre eux, ne dépendent que de la puissante influence de l'utérus sur le cerveau, et de ses sympathies avec tous les systèmes organiques. *Propter solum uterum mulier est, id quod est.*

L'irritation, comme l'ab-irritation de la matrice, influent d'une manière spéciale sur le trouble des fonctions, qui constitue la chlorose. Parmi les médecins du moyen-âge, qui pour la plupart avaient confondu la chlorose avec *l'anémie* (*cacochymie* ou *cachexie*) qui se déclare indifféremment chez l'homme comme chez la femme, il s'en est trouvé quelques-uns qui ont cependant fait preuve de beaucoup de sagacité dans l'étude anatomo-pathologique de ces deux affections qu'ils avaient confondues. On trouve écrit dans certains de leurs ouvrages : *Que le siége de cette maladie chez les hommes est l'estomac et le foie, tandis que chez la femme ce sont ces deux organes et la matrice en même temps.* Dans un grand nombre de cas, l'*anémie* pourrait être considérée chez la femme comme la première période de la maladie qui nous occupe. En effet, chez certaines jeunes filles d'une constitution lymphatique, faibles et languissantes dès leur enfance, chez lesquelles le sang est peu abondant, séreux, dépourvu d'une partie de son *hématosine*, et qui sont dans un état permanent d'ab-irritation presque générale, il se fait à l'époque de la puberté une concentration vitale vers la matrice, qui sans acquérir un degré d'excitation et de congestion suffisant pour déterminer la menstruation, prive cependant les autres organes d'une partie des forces qu'ils possédaient encore, et les soumet à l'influence prédominante du système nerveux toujours modifié par les sympathies de l'utérus. Dans ces circonstances l'estomac languit comme les autres viscères, mais il arrive souvent, surtout lorsqu'on prodigue les emménagogues, que l'utérus entre inutilement en action, c'est-à-dire sans crise hémorrhagique. Une partie de son irritation se porte alors sur les organes digestifs ou pulmonaires, et y détermine de légères gastrites, ou bronchites, accompagnées de mouvemens fébriles. Si le médecin ignore la marche de ces phénomènes morbides, la stimulation des viscères continue, l'inflammation fait de rapides progrès, et la mort en est la suite inévitable. Le résultat est le même chez les jeunes personnes qui, après avoir été colorées, vives, bien portantes, pâlissent en peu de temps, deviennent

(1) Afin d'éviter une discussion de principes qui ne serait que d'une faible utilité pratique, nous nous bornerons dans le courant de cet article, à faire l'exposé de nos opinions relativement à cette maladie, que tous les auteurs ont considérée jusqu'à ce jour, comme un des points les plus obscurs de la pathologie.

(1) Diminution et détérioration de l'hématose, qui ne produit alors qu'un sang séreux, dépouillé en grande partie de son cruor, et par conséquent pâle et d'une température peu élevée.

tristes et perdent l'appétit. Toute l'activité vitale s'est vicieusement concentrée vers l'utérus ; l'irritation et la congestion de cet organe ne se terminant point par un flux hémorrhagique, l'inflammation congestive se porte sur l'estomac ou la poitrine, d'une manière plus intense que dans le premier cas.

En étudiant avec soin les nombreux symptômes qui constituent ou accompagnent la chlorose, on y reconnaît toujours une affection primitive ou secondaire des organes digestifs, un dérangement quelconque de la menstruation, provenant de l'excès ou du défaut de vitalité de l'utérus, une faiblesse de l'appareil circulatoire, et, par suite de ces trois principales lésions de fonctions, tous les autres phénomènes secondaires qui en sont la conséquence naturelle. Hoffmann est le premier qui ait démontré que les lésions gastriques précèdent ou accompagnent constamment la chlorose ; il a même essayé de prouver que le dérangement des digestions est l'unique cause de la décoloration de la peau qui a lieu dans cette maladie. La sur-irritation viscérale, dont nous venons de parler, retenant le sang et l'empêchant de se porter vers l'utérus pour y établir ou renouveler la menstruation, telle est la cause première de presque toutes les chloroses que l'on observe chez les jeunes filles, et d'un grand nombre de celles qui se déclarent à un âge plus avancé; mais comme le fait observer M. Broussais : *la déclaration n'est ici que l'effet de la phlegmasie de l'estomac ; malheur au médecin qui serait assez peu physiologiste pour l'ignorer! L'inflammation viscérale ne tarderait point à faire des progrès et entraînerait les conséquences les plus funestes.*

Nous ne saurions donc trop le répéter, la source la plus fréquente des affections chlorotiques provient de la pré-existence ou de la complication d'une bronchite ou d'une duodéno-hépatite avec un état pathologique quelconque de l'utérus ; c'est-à-dire, des rapports inflammatoires qui s'établissent entre la matrice, l'estomac, le duodénum et le foie. C'est de la prédominance irritative de l'un de ces organes que dérive celle des phénomènes que l'on observe dans cette maladie. Depuis que les belles expériences de Prévost et Dumas ont mis hors de doute le rôle important que remplit le foie dans les phénomènes de l'hématose, nous ne sommes point surpris que dans l'anémie et la chlorose, cet organe présente souvent une altération plus ou moins profonde. Joannes Langius, médecin d'un grand mérite, et qui vivait au quinzième siècle, en avait déjà fait la remarque. Voici comment il s'exprime dans la vingt-unième lettre du livre premier de son ouvrage, qui a pour titre *medicinalium epistolarum Miscellanea*. « Au temps de la puberté, la nature, par la disposition seule de l'organisme, pousse le sang dans les veines et les sinus de la matrice : lorsque le sang ne peut se frayer un passage, il regorge vers le cœur, vers le foie, l'irritation reflue vers les principaux organes, et de là naissent tous les désordres dont les viscères sont affectés : comme la difficulté de respirer, les palpitations du cœur, le gonflement et la sensibilité des hypocondres, le dégoût et la cardialgie (1) ».

Les principales variétés que présente la chlorose sont donc relatives à ses causes et aux complications qui en dérivent. Si elle se déclare durant l'état de grossesse, les appétits bizarres ont lieu à un plus haut degré, que lorsque l'affection chlorotique est le résultat d'une suppression, d'un retard ou d'un écoulement trop abondant des menstrues. Ce phénomène dépendrait-il de ce que, dans le premier cas, l'influence de la matrice sur l'estomac est plus marquée que dans ces derniers ? Toutefois, il convient de faire observer que cette maladie est plus fréquente chez les jeunes filles avant l'éruption des menstrues, et chez les filles pubères depuis peu de temps, que chez les femmes mariées et surtout celles qui ont eu des enfans. On voit aussi quelques cas rares de chlorose dépendre, chez de jeunes veuves, d'une cessation trop prématurée de l'excitation des organes de la génération.

Le diagnostic de cette maladie est toujours facile, parce qu'on ne saurait confondre cette affection avec d'autres symptômes résultant de quelque lésion organique, qui, tout en offrant de l'analogie avec elle, ne présentent jamais le caractère spécial de la chlorose confirmée.

Le pronostic doit être considéré comme plus fâcheux, si la chlorose se déclare après l'établissement de la menstruation, parce que, dans ce cas, elle se rattache souvent à des lésions organiques plus graves, qui d'ordinaire datent de plus longtemps, que lorsque cette maladie se développe avant la première apparition des règles. Si la chlorose provient d'une conformation vicieuse du système utérin elle doit être considérée comme incurable, à moins que l'on puisse remédier au dérangement de l'organe, comme on le fait pour les divers déplacemens auxquels il est sujet.

La chlorose, quoique très longue à guérir de sa nature, peut, lorsqu'elle n'est point compliquée, se terminer après quelques semaines, surtout si elle se déclare chez des jeunes filles bien constituées, dont l'utérus offre seulement peu d'aptitude aux congestions hémorrhagiques. La sur-excitation finit d'ordinaire par s'y établir et amène bientôt la crise radicale, qui enlève aussitôt tous les symptômes chlorotiques ; mais il n'en est pas ainsi, lorsque la maladie est compliquée et entretenue par la phlegmasie chronique d'un organe important comme le poumon, l'estomac, le duodénum ou le foie. Dans de pareilles circonstances, la chlorose peut se prolonger durant plusieurs années et se terminer par la mort. Il en est de même lorsque cette affection se développe chez des femmes usées par des chagrins, des métrorrhagies souvent répétées, ou des leucorrhées très abondantes; à tous ces désordres se joint parfois un engorgement chronique de la matrice, compliqué d'ulcération et de suppuration.

---

(1) A ce tableau de maître, il est facile de reconnaître l'homme de génie, qui durant sa longue carrière médicale et dans des écrits pleins de sagacité et de lumière, fit les plus grands efforts pour éclairer les médecins de son siècle, sur l'abus des remèdes incendiaires et l'avantage des boissons rafraîchissantes dans le traitement des phlegmasies, ce en quoi il a eu l'honneur de précéder Sydenham. La haute célébrité de Joannes Langius l'appela successivement à la place de premier médecin de Louis V, de Frédéric II, d'Othon Henri et de Frédéric III.

A l'ouverture des cadavres, on rencontre toujours les traces de la phlegmasie d'un ou plusieurs organes, notamment dans le système digestif. La rougeur des muqueuses gastrique ou pulmonaire est peu marquée à cause de la décoloration générale de tous les tissus : on ne doit alors en juger que d'après un état relatif. Presque toujours, on trouve de la sérosité épanchée dans la plèvre, le péritoine ou dans la tête, et presque toujours dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les veines et les artères sont vides de sang coloré, et contiennent seulement un peu de liquide séreux. Les muscles sont blanchâtres et ne laissent suinter aucune goutte de sang lors de leur section. La peau, légèrement infiltrée de sérosité, ressemble, par sa couleur, à de la cire blanche un peu jaunie ; sa décomposition est rapide.

Traitement.

Dans la première période de la chlorose, si l'on n'a pu reconnaître la complication d'aucune lésion organique grave, et surtout si les voies digestives ne présentent point des signes manifestes d'inflammation, le traitement doit être principalement basé sur l'hygiène.

Il faut placer la malade dans une chambre vaste, aérée et bien exposée aux rayons du soleil ; on prescrit des alimens nourrissans, faciles à digérer, donnés à petites doses suffisamment éloignées, pour que l'estomac ne soit pas surchargé, l'usage d'un vin généreux, mélangé avec trois parties d'eau ferrée. Les eaux minérales ferrugineuses de Vichi, de Spa et de Plombières, tiennent le premier rang ; j'ai toujours observé que, prises à leur source, elle produisent un meilleur effet, parce qu'elles nécessitent d'abord un voyage, beaucoup de distraction et un exercice journalier, qui ne peut être que très salutaire ; la limaille de fer unie au quinquina, est aussi d'une grande utilité dans les cas rares, où il n'existe pas d'irritation gastro-intestinale. Il convient cependant de surveiller attentivement les effets de ces médicamens, ainsi que l'emploi de tous les toniques proposés contre la chlorose, afin d'en suspendre l'usage, s'ils donnaient lieu à une trop vive excitation des voies digestives ; on conseille les vêtemens de laine appliqués immédiatement sur la peau ; des frictions sèches et aromatiques répétées soir et matin, et pratiquées le plus souvent possible par la malade elle-même, malgré la répugnance de la plupart des chlorotiques pour tout mouvement actif ; il faut recommander et exiger même, lorsqu'on le peut, l'exercice modéré à pied ou à cheval, les courses en voiture découverte, en ayant toujours soin de diriger les promenades vers les lieux élevés, montagneux, où l'air est vif et pur ; les voyages dans les contrées méridionales sont généralement fort avantageux. Lorsque l'état de la malade le permet, on lui fait essayer quelques exercices gymnastiques, sans jamais les pousser jusqu'à une fatigue douloureuse ; enfin, il convient de lui procurer toutes les distractions possibles, et surtout chercher à satisfaire ses désirs, lorsqu'ils ne sont pas contraires à son état de maladie ; il faut en même temps faciliter l'établissement des menstrues, si la jeune fille est parvenue à l'âge de la puberté, les faire reparaître si elles ont été supprimées, et les régulariser lorsqu'elles n'arrivent qu'avec difficulté ou à des époques trop éloignées. On pourrait dans ces différens cas, prescrire avec avantage les bains chauds, aromatiques, gélatineux et quelquefois même sulfureux. Le mariage pourrait être très utile, si la matrice, participant de l'état de torpeur générale, avait besoin d'un surcroît d'excitation, pour donner lieu aux phénomènes de la menstruation. Hippocrate le recommande comme le meilleur *remède* de la chlorose.

Ces différens moyens suffiront d'ordinaire pour combattre la faiblesse, la langueur, qui proviennent d'un défaut d'activité circulatoire, congénitale ou acquise. Après avoir satisfait à ces premières indications, si le mal persiste, il faut examiner avec soin quelle est la phlegmasie primitive ou consécutive, qui cause ou aggrave tous les désordres chlorotiques que nous venons d'énumérer. Les émissions sanguines locales ne sont pas contre-indiquées dans le traitement de la chlorose, lorsqu'elle est compliquée de l'irritation chronique d'un viscère important ; il faut seulement apporter beaucoup de circonspection et de ménagement, dans le nombre des sangsues ou des ventouses scarifiées qu'on applique, à moins qu'il ne survienne une inflammation aiguë et intense des voies digestives, des poumons ou de l'encéphale ; encore faudrait-il, après les premières évacuations de sang, se hâter de recourir à l'emploi des révulsifs.

Si l'on a lieu de présumer que la suppression des règles est la cause première de cette maladie, il faut, à l'époque où survenaient d'ordinaire les menstrues, appliquer dix ou douze sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses ; faire prendre des bains de siége avec des décoctions de plantes aromatiques ; donner à l'intérieur, si l'estomac n'est point irrité, des infusions légères de camomille avec une faible addition de sirop d'armoise. On renouvelle les bains soir et matin, durant les quatre ou cinq premiers jours qui suivent l'application des sangsues, et l'on peut même leur substituer quelquefois l'emploi des fumigations préparées avec des plantes emménagogues, telles que le safran, la sabine, la rhue, les baies de genièvre, etc. Lorsque l'aménorrhée est compliquée d'un état d'atonie, et d'ab-irritation de l'utérus, il faut, pour donner à cet organe, le degré d'énergie qui lui est nécessaire, l'exciter au moyen de l'électricité, des ventouses sèches appliquées en grand nombre, et très souvent sur l'hypogastre, les lombes, les cuisses et les seins. Dans un cas grave de cette nature, qui se déclarerait chez une femme mariée, il ne faudrait pas balancer à proposer l'emploi de la pompe aspirante, agissant avec ménagement sur le col de la matrice. M. le docteur Amussat, inventeur de cet ingénieux appareil, en a obtenu de très heureux résultats. On pourrait encore diriger vers cet organe, la douche ascendante, continue et emménagogue, imaginée par M. Rique, ou bien un courant électrique dans l'intérieur de l'utérus. M. Amussat propose même d'y introduire et d'y laisser pendant quelque temps le bout d'une sonde de gomme élastique, qu'on maintiendrait en place, en attachant à son extrémité inférieure une éponge qui resterait placée dans le vagin, où elle servirait de point d'appui au corps étranger, placé dans la matrice. Tous ces moyens agissent dans le but d'éveiller en quelque sorte un organe engourdi ; il s'agit, comme l'a très bien dit M. Roche, de faire naître un nouvel organe, qui, par sa réaction, excitera toute l'économie animale. Si, par l'effet de ce traite-

ment, des douleurs, des élancemens, de la chaleur, et tous les signes de la congestion sanguine se faisaient sentir dans l'utérus, une application de quelques sangsues dans le vagin, ou seulement sur les grandes lèvres, activerait la direction du sang vers cette région, et faciliterait le développement du flux ménorrhagique. Il ne faut point recourir aux vomitifs, ni aux purgatifs violens qui ne feraient qu'augmenter le trouble général, et pourraient provoquer une inflammation plus ou moins vive dans les viscères abdominaux qui n'y sont que trop prédisposés; ces agens perturbateurs ont pu réussir dans quelques circonstances, mais il ne faudrait pas s'y fier; cependant, lorsque la constipation est de longue durée, comme cela arrive fréquemment dans la chlorose, on peut prescrire un laxatif doux; mais il vaut mieux employer les lavemens simples ou avec addition d'un peu d'huile. On peut encore employer avec succès l'aloès par la méthode endermique (1).

Dans les cas de chlorose compliquée de grossesse, il faut nourrir convenablement et, sous un petit volume alimentaire, procurer beaucoup de distractions, aider la stimulation morale d'un exercice passif, tel que celui d'une voiture bien suspendue, et sur un terrain uni; on doit presque tout attendre de la cessation de la gestation.

Jusqu'à ce jour, on n'a pas assez pris en considération combien il est essentiel, dans le traitement de cette maladie, de prévenir ou d'empêcher le développement de toute phlegmasie de la poitrine ou du bas-ventre. D'un instant à l'autre, surtout lorsque, méconnaissant les principes d'une saine physiologie, on administre à outrance les amers, les ferrugineux, et tous les irritans énergiques, l'inflammation peut devenir intense, et d'autant plus grave, que : chez les chlorotiques, elle est souvent au-dessus des ressources de l'art. En effet, les agens thérapeutique ne pouvant combattre le mal qu'avec lenteur et beaucoup de ménagemens, on a toujours à craindre une prochaine désorganisation, ou un état chronique qui, d'ordinaire, finit par s'irradier au loin, ou se communiquer à d'autres organes : l'hématose devient alors de plus en plus incomplète, la nutrition plus difficile; les infiltrations séreuses augmentent d'étendue, des épanchemens ont lieu dans la poitrine ou l'abdomen; tous ces désordres s'aggravent promptement, et la mort survient peu de temps après.

Combattre l'inflammation partout où elle se manifeste; stimuler avec circonspection les parties qui sont dans un état d'ab-irritation (d'asthénie), fortifier toute la constitution par un régime léger et succulent, sans jamais trop fatiguer les organes digestifs; telle est en résumé la base du traitement le plus convenable dans tous les cas d'affections chlorotiques. Pour compléter enfin ce dernier paragraphe, nous ne saurions mieux faire que de reproduire le sage précepte de Frédéric Hoffmann. (Dans cette maladie, quelquefois produite et entretenue par un usage excessif des alimens, *l'abstinence* et la *sobriété* seront des remèdes plus efficaces que tous ceux qu'on irait chercher chez un apothicaire.)

(1) Quelques grains de cette substance, introduits en poudre dans un fonticule (vésicatoire, cautère ou séton), ou bien, des frictions de teinture aloétique, sur les reins et les cuisses, peuvent, non-seulement combattre la constipation, mais ont encore l'avantage de favoriser le retour des menstrues.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Chlorose compliquée d'une duodéno-hépatite chronique.

Mademoiselle L. de M..., douée d'une forte constitution, avait joui jusqu'à l'âge de quatorze ans d'une bonne santé, que l'époque de la puberté ne troubla pas d'une manière remarquable. Cependant quelques écarts de régime ayant altéré les fonctions digestives, des douleurs de tête (*dites migraines affreuses*) se déclarèrent régulièrement tous les deux jours : elles duraient du matin au soir et se terminaient souvent par des vomissemens bilieux très abondans, à la suite desquels la céphalalgie cessait comme par enchantement; cependant la peau continuait à être sèche, aride, quelquefois chaude; l'épigastre était sensible, la gorge amère, surtout lorsque la malade se livrait au moindre exercice; le pouls était fréquent, le teint un peu jaunâtre, les lèvres palissaient, les yeux devenaient ternes et les menstrues commençaient à se décolorer. Mais au milieu de tous ces désordres, l'appétit s'étant conservé, la malade crut pouvoir le satisfaire sans inconvénient. Toute observation à cet égard devenant inutile, on jugea convenable d'envoyer la jeune personne dans le midi, pour lui faire habiter la campagne; en effet, le changement de climat, l'action vivifiante du soleil, l'exercice en plein air améliorèrent son état; mais peu de temps après, dans un moment où elle avait ses menstrues, la malade ayant eu l'imprudence de piétiner dans l'eau froide d'une prairie, la suppression des règles eut lieu à l'instant même, et tous les symptômes de la chlorose ne tardèrent point à se manifester au plus haut degré d'intensité : c'est cette affection chlorotique qui nous a fourni le tableau descriptif que nous avons tracé au commencement de cet article. Les amers, les emménagogues et les ferrugineux, ayant été administrés à haute dose et sous toutes les formes, aussitôt la gastrite se réveilla plus forte qu'auparavant, l'inflammation s'étendit au duodénum et gagnant jusqu'au gros intestin, donna lieu à une dyssenterie qui aggrava l'état de la malade, au point que sa mère eut beaucoup de peine à la reconduire à Paris, pour lui faire donner des soins plus éclairés. M. B.... consulté, reconnut aussitôt que ce traitement incendiaire avait fortement aggravé la maladie de mademoiselle L... de M... Afin d'y remédier le plus promptement possible, il ordonna l'application de quinze sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses, des bains de siége, des boissons tempérantes, un régime sévère. M. B..., ayant ainsi reconnu la co-existence d'une *duodéno-hépatite*, ordonna des sangsues à l'épigastre et des cataplasmes émolliens. Sous l'influence d'un pareil traitement, la plupart des symptômes graves diminuèrent d'un jour à l'autre; mais comme l'aménorrhée, la langueur et la tristesse persistaient encore, on jugea convenable de soumettre la malade aux exercices gymnastiques de M. Amoros, qui, graduellement augmentés, finirent par ramener un état de santé très sa-

tisfaisant et bientôt après la réapparition des menstrues. Néanmoins la malade a conservé depuis cette époque un teint un peu jaune et une irritabilité très marquée dans les voies digestives. La menstruation quoique réguilère, est toujours accompagnée de douleurs de reins, de colliques, d'oppressions et d'un léger état fébrile.

SECONDE OBSERVATION.

Chlorose survenue à la suite d'une tumeur cancéreuse, située dans le sein droit.

Mademoiselle Bernard, âgée de 37 ans, d'un tempérament nerveux très irritable, reçut dans le sein droit un coup d'espagnolette de croisée; qui lui détermina un engorgement inflammatoire dans cette partie; le mal n'ayant point été combattu par des antiphlogistiques assez énergiques, se termina par une tumeur squirrheuse mobile de la grosseur d'une noix. On appliqua des emplâtres de ciguë, l'on administra ce même médicament à l'intérieur, et l'on prescrivit les amers dépuratifs. Ce traitement n'ayant pu résoudre l'engorgement glandulaire, qui causait déjà des douleurs lancinantes, et faisait craindre un prochain développement de cancer, la malade vint réclamer mes soins dans le courant de l'année 1828. Depuis trois ans environ, la tumeur avait graduellement acquis un volume à peu près égal à celui d'un œuf de poule; la peau de cette partie était parsemée de veines bleuâtres; elle devenait rouge et douloureuse par la compression la plus légère. Les menstrues, quoique aussi abondantes qu'auparavant, ne paraissaient qu'à des époques irrégulières, elles avançaient chaque mois de plusieurs jours, et étaient accompagnées d'un surcroît de gonflement au sein, et de douleurs très vives, qui se prolongeaient dans l'aisselle du même côté. Chacune de ces crises menstruelles laissait toujours après elle une augmentation sensible de la glande.

Dès les premiers jours, je me hâtai de faire appliquer autour du sein quarante sangsues et des cataplasmes émolliens de farine de graine de lin; j'ordonnai des boissons tempérantes, des bains, un régime sévère et le repos; les douleurs diminuèrent, ainsi que la tumeur qui devint plus mobile; je fis alors appliquer une fois par semaine, et durant l'espace d'un mois, sur la partie malade, huit ou dix sangsues, dont je cherchai à seconder les bons effets, par l'emploi des autres moyens précités. Dans l'intervalle de chacune de ces émissions sanguines, je faisais recouvrir le sein d'un cataplasme préparé avec parties égales de pulpe de carotte et de farine de graine de lin : ce traitement, tout énergique et rationnel qu'il était, n'ayant pu arrêter complètement la marche de cette affection cancéreuse, à cause de l'engorgement inflammatoire, qui, ainsi que je viens de le dire, augmentait à chaque retour des menstrues, je jugeai l'opération indispensable, afin de prévenir l'entier développement de cette cruelle maladie. La malade s'y étant promptement décidée, je pratiquai l'extirpation de la tumeur, ce qui ne dura que cinq minutes : la suppuration fut peu abondante et la plaie se cicatrisa en moins d'un mois.

Le trente-cinquième jour après son opération, mademoiselle Bernard commit l'imprudence de sortir à pied, pour aller faire quelques visites; cette fatigue, trop au-dessus de ses forces, donna lieu à un léger dérangement des voies digestives, suivi de coliques et de diarrhée; quelques jours de diète et de repos suffirent pour l'en débarrasser. Peu après cette époque, les menstrues parurent, mais décolorées et en petite quantité. Mademoiselle Bernard se trouvant mieux, voulut, nonobstant mes recommandations, se procurer le plaisir de la promenade par un temps pluvieux. Surprise par un orage, on la ramena chez elle, mouillée et grelotant le premier accès d'une fièvre quotidienne, qui se déclara à dater de ce jour. L'épigastre n'étant pas douloureux et la langue n'offrant pas les signes d'une irritation bien marquée de l'estomac, je me hâtai d'ordonner le sulfate de quinine dans un quart de lavement et en pilules, ce qui fit cesser la fièvre après son troisième accès.

Mademoiselle Bernard, qui jusqu'à ce jour n'avait éprouvé qu'un faible degré d'appétit, fut tout d'un coup prise d'un tel désir d'alimentation, que, malgré mes conseils, elle ne tarda pas à commettre de nombreux écarts de régime; la langue devint pâteuse, les gencives gonflées et décolorées, le teint pâle et jaunâtre, la peau de l'abdomen devint aride et chaude, les extrémités froides et légèrement œdémateuses, surtout vers le soir, époque à laquelle le pouls devenait fréquent, tandis qu'il était faible et lent durant la journée : l'oppression se manifesta, des palpitations avaient lieu au moindre mouvement, ce qui, joint à son état de faiblesse, lui fit prendre en aversion toute espèce d'exercice.

La malade ne voulut plus sortir de sa chambre, à cause de l'extrême difficulté qu'elle éprouvait à montrer les escaliers; les menstrues cessèrent de paraître : elles furent remplacées par un léger flux leucorrhoïque; enfin, tous les symptômes d'une chlorose confirmée ne tardèrent point à se déclarer. L'appétit vorace qui s'était manifesté après la cessation de la fièvre intermittente diminua progressivement, et les aberrations du goût devinrent telles, que la malade profitait de toutes les occasions où elle était seule, pour arracher du mur de son alcôve une très grande quantité de plâtre qu'elle mangeait.

Quoique tous ces désordres fussent très graves, je n'eusse cependant pas désespéré de leur entière guérison, si les parens et amis, effrayés de l'état de faiblesse de la malade, n'avaient mis opposition à la plupart des moyens thérapeutiques que je voulus mettre en usage. De faux confrères avaient laissé pressentir *tous les avantages d'un traitement tonique, amer, ferrugineux, d'un bon régime, succulent et secondé d'un vin généreux*. Malheureusement, quelques-uns de ces moyens furent employés à mon insu et sur excitèrent les voies digestives; l'état de la malade parut d'abord un peu amélioré, mais bientôt l'inflammation *gastro-duodénale*, qui préexistait depuis plus de deux mois, gagna les intestins grêles, franchit la valvule *iléo-cœcale*, s'étendit dans le colon, fut accompagnée de coliques assez vives et donna lieu à un dévoiement considérable.

Pour arrêter la marche de cette fâcheuse complication, je proposai l'emploi de quelques sangsues à l'épigastre et à l'anus, une diète absolue, de l'eau gommée, des demi-lavemens d'eau froide amylacée et quelques cuillerées de la décoction blanche de Sydenham, ou d'une potion calmante

légèrement opiacée; mais comme l'on redoutait d'affaiblir la malade, on n'adhéra qu'à l'usage alternatif des deux derniers remèdes, et l'on continua (toujours à mon insu), le bouillon succulent, suivi d'un biscuit trempé dans du vin vieux de Malaga, pris à petites doses fréquemment répétées. Une commère du voisinage fit boire un peu d'élixir, dit *de longue-vie*, et l'on y adjoignit l'usage des pastilles alcalines de M. Darcet, *afin d'entretenir les forces digestives;* ce fut en vain que je voulus m'opposer à l'emploi de tous ces moyens, et que je prescrivis un régime plus convenable. On préféra nier les infractions qu'on faisait à mes recommandations, plutôt que de souscrire à la diète momentanée et à l'usage des antiphlogistiques.

La contrariété que me faisait éprouver une pareille obstination m'aurait peut-être engagé à ne plus continuer mes soins à la malade, si je n'avais craint pour les suites de l'opération que je lui avais pratiquée. Des douleurs sourdes se faisaient quelquefois sentir dans le sein qui avait été opéré, surtout à l'époque du mois qui correspondait à celle où auraient dû se déclarer les menstrues; la cicatrice alors devenait sensible et de couleur rosée. En désespoir de cause, je voulus au moins profiter de cette occasion, pour tâcher de rappeler les règles; je proposai pour cet objet l'application de trois ou quatre sangsues sur le col de la matrice, ce qui n'eût offert aucune difficulté, soit à l'aide d'un *speculum-uteri* ou bien au moyen du *pose-sangsues* imaginé par M. Amussat (1). Il aurait été facile à une sage-femme et même à une garde-malade un peu intelligente, de diriger l'emploi de l'un ou de l'autre de ces deux instrumens (2).

Mais la malade déclara qu'elle préférait mourir, plutôt que de se soumettre à l'emploi d'un pareil moyen; ne pouvant mieux faire, j'employai alors les fumigations emménagogues, les pédiluves et concurremment la compression sur le trajet des artères crurales; j'ordonnai de recouvrir l'abdomen avec de grands cataplasmes émolliens; je plaçai des vésicatoires aux bras et ensuite aux jambes : l'oppression diminua, l'œdème de la face parut moins marqué, la gêne à l'épigastre semblait aussi moins douloureuse, les conjonctives et les lèvres reprirent un peu de vitalité, mais la diarrhée ayant toujours persisté, l'amélioration ne fut que momentanée, les forces s'épuisèrent, un mouvement fébrile survint tous les soirs, l'insomnie fut complète : il se déclara des soubresauts dans les membres abdominaux, les selles devinrent fétides et moins fréquentes, des gaz s'accumulèrent dans le bas-ventre, un froid glacial s'empara des extrémités qui s'infiltrèrent, une soif assez intense obligeait fréquemment la malade à demander une gorgée d'eau fraîche, seule boisson qui pût la tempérer.

Cet état dura encore quelques jours, et ce ne fut que quatre mois après l'opération, que mademoiselle Bernard succomba à la suite de cette affection des voies digestives, qui avait été accompagnée de la réunion de tous les symptômes qu'on est convenu d'appeler chlorose.

N'ayant pu obtenir des parens l'autorisation de procéder à l'autopsie, je regrette de ne pouvoir consigner à la fin de cette observation le résultat des recherches importantes que j'aurai pu faire, et qui, très probablement, seraient venues à l'appui du diagnostic que j'avais porté sur la nature de cette maladie.

TROISIÈME OBSERVATION.

Chlorose qui se déclara à l'époque de la puberté.

Mademoiselle R...., native d'Aix en Provence, issue de parens sains et bien constitués, avait joui jusqu'à l'âge de treize ans d'une bonne santé; à cette époque, le bon état de sa poitrine commença à se détériorer, des rhumes fréquens et de longue durée se déclarèrent chaque hiver: la toux était accompagnée, au début de chacune de ces affections, de crachats un peu striés de sang. A l'âge de seize ans, mademoiselle R..... devint triste, morose; ses joues pâlirent, les lèvres et les conjonctives se décolorèrent, des appétits on ne peut plus bizarres se manifestèrent et furent accompagnés d'un dégoût presque insurmontable pour les alimens ordinaires, à moins qu'ils ne fussent très salés ou fortement épicés; il se déclara une toux sèche, accompagnée de dyspnée; mademoiselle R..... ne pouvait faire quelques pas sans éprouver un serrement douloureux et compressif au devant du thorax, et des palpitations déchirantes. Bientôt ces symptômes acquirent un tel degré de violence, que lorsque la malade montait les escaliers, elle était presque obligée de s'asseoir sur chaque degré, crainte d'être suffoquée.

---

(1) C'est une canule droite à tiroir et à piston, longue de cinq pouces, de la grosseur du doigt auriculaire, terminée à son extrémité libre par une ouverture auprès de laquelle est placée la tête de la sangsue qui, ne pouvant rétrograder, se dirige ou bien est poussée vers l'orifice qu'on applique sur le point d'élection.

Le tiroir permet de loger avec facilité la sangsue dans la canule. En le fermant plus ou moins on peut agrandir ou rétrécir l'ouverture; en le poussant tout-à-fait, on oblitère l'orifice; le corps de la sangsue est pincé, et l'on est maître de l'enlever à volonté, sans craindre qu'elle puisse se fourvoyer ailleurs.

(2) Il est évident que dans certains cas graves, compliqués d'aménorrhée, un des meilleurs moyens pour rappeler promptement les menstrues, serait d'appliquer quelques sangsues sur le col de cet organe, aux époques où les règles avaient l'habitude de paraître : d'ordinaire le flux hémorrhagique se rétablit à la seconde ou troisième application.

On aurait tort d'alléguer contre l'emploi de ce puissant moyen thérapeutique les graves inconvéniens qu'on croirait devoir résulter de l'introduction fortuite de quelques sangsues dans la cavité de l'utérus. *Cette échappée* de la sangsue est impossible, lorsqu'on se sert du pose-sangsue, et peu probable lorsqu'on emploie le spéculum-uteri. Néanmoins, si cette circonstance se présentait, non-seulement elle n'offrirait rien d'alarmant, mais elle contribuerait au contraire à la prompte guérison de la malade. En effet, la sangsue, après avoir piqué dans l'intérieur de la matrice, se détache, roule vers le col de cet organe et sort en faisant éprouver un léger sentiment de dilatation douloureuse vers l'orifice interne utérin. C'est un fait pratique que l'expérience a mis hors de doute. Quant à la douleur que sembleraient devoir éprouver les parois de la matrice, elle est tout-à-fait nulle, parce que le corps de cet organe ne reçoit des nerfs que du système ganglionaire, par l'intermédiaire des plexus rénaux et des filets mésentériques du plexus hypogastrique.

Des nausées, suivies de vomituritions mucoso-bilieuses, avaient quelquefois lieu, ce qui procurait momentanément un peu d'appétit et une diminution remarquable de l'oppression de la poitrine.

Au commencement de chaque mois, mademoiselle R.... ressentait des coliques, des maux de reins et de la fièvre; cet état continuait l'espace de trois ou quatre jours, durant lesquels la peau, quoique toujours terne et pâle, devenait chaude et aride, surtout dans l'après-midi. L'exacerbation mensuelle terminée, l'abattement était extrême, les lèvres pâlissaient, au point qu'il était difficile de les distinguer de la peau des joues, qui étaient couleur de cire; le pouls reprenait sa lenteur et sa petitesse habituelle.

Le moindre bruit incommodait la malade et lui causait des douleurs de tête. La plus légère pression sur cette partie y déterminait une céphalalgie très vive, principalement du côté gauche. La malade fuyait le grand jour; elle avait surtout de l'aversion pour le soleil, à cause des tiraillemens douloureux qu'il lui faisait éprouver au fond des orbites et des migraines qui s'ensuivaient.

Aussi mademoiselle R..... recherchait-elle les lieux solitaires et obscurs; les amusemens de ses frères, qu'elle avait partagés jusqu'à cette époque avec un plaisir et une pétulance peu ordinaire chez les jeunes filles, lui devinrent insupportables; la moindre contrariété l'irritait, augmentait la toux, la suffocation et les palpitations. Les pieds étaient toujours froids, tandis que les mains et l'épigastre étaient alternativement chauds ou froids, suivant que la malade était à jeun ou après son repas. Cette dernière sensation, plus habituelle que l'autre, devenait parfois si incommode, qu'il fallait placer de la flanelle chaude sur le creux de l'estomac et sur le bas-ventre.

Tels étaient les symptômes qu'éprouvait mademoiselle R...., lorsque je fus appelé auprès d'elle pour lui donner mes soins.

A l'aide de quelques concessions, étant parvenu à capter la confiance de la malade, qu'on m'avait prévenu éprouver de l'antipathie pour les médecins, j'obtins qu'on ne la tourmenterait plus pour l'obliger à manger régulièrement trois ou quatre fois dans le courant de la journée, à condition qu'elle s'abstiendrait de grignoter du matin au soir, tantôt du plâtre, du sel, de la craie, du charbon, de la terre, etc., comme elle l'avait fait jusqu'à ce jour.

La croissance de mademoiselle R.... ayant été rapide depuis l'âge de douze ans, et sa poitrine n'ayant pas encore acquis un développement relatif à toutes les autres parties du corps, cette vicieuse disposition causait une gêne remarquable dans l'inspiration pulmonaire et une précipitation très marquée des contractions du cœur : de là, les nombreux catarrhes opiniâtres (bronchites) qu'avait éprouvés la malade durant les trois derniers hivers.

J'eus donc lieu de croire que cette étroitesse du thorax, devait être en grande partie la cause de l'irritation chronique des bronches et du dérangement des fonctions digestives.

A l'époque de la puberté une sur-irritation gastro-bronchite s'étant déclarée, le sang retenu dans ces organes ne put se porter librement vers l'utérus, ce qui mit obstacle à l'établissement de la menstruation. Ce fut du moins de cette manière que je parvins à m'expliquer suffisamment tous les désordres qui se présentaient. Ainsi donc la langueur, la pâleur, la toux, les palpitations, les vomituritions et toutes les aberrations du goût, etc., qui prennent le nom de chlorose, ne me parurent être que l'effet des phlegmasies de la poitrine et du bas-ventre, qui seules avaient mis obstacle à l'établissement de la congestion hémorrhagique vers l'utérus. Nul doute que si j'avais pu trouver des emménagogues assez sûrs pour déterminer l'arrivée de cette crise, je n'eusse point balancé à les prescrire de prime-abord malgré leur action irritante, bien persuadé que l'évacuation plus ou moins abondante des menstrues aurait enrayé leur stimulation directe sur la matrice, et fait cesser le progrès de la gastro-bronchite. Mais comme j'avais à craindre que la non-réussite entraînât les conséquences les plus funestes, voici le mode de traitement que je jugeai convenable d'adopter.

La faiblesse extrême de Mlle R.... et l'inquiétude que cela causait à ses parens, me laissant peu d'espoir pour l'emploi d'un traitement antiphlogistique direct, j'ordonnai pour chaque nuit l'application sur l'abdomen d'un grand cataplasme émollient chaud placé entre deux serviettes. Nous étions dans l'été, ce qui me faisait moins craindre les inconvéniens du refroidissement que cette humidité aurait pu occasioner en hiver. Le matin, à l'aube du jour, le cataplasme fut remplacé par un épithème thériacal étendu sur peau blanche, et dans la composition duquel j'avais fait entrer de l'extrait de Belladone, de Jusquiame, ainsi que quelques gouttes de teinture de digitale pourprée. Je prescrivis de la tisane de chiendent mieillée à prendre par petites doses, à froid durant le jour et tiède pendant la nuit.

Pour tout régime, je permis une crême de riz soir et matin, et une soupe de semouille au maigre dans le courant de la journée.

Le premier effet des cataplasme qu'on renouvela tous les soirs, fut de déterminer une diaphorèse sur le thorax et l'abdomen, une diminution de la toux et la cessation presque complète de la gêne épigastrique, des vomituritions et des coliques. Quant à l'énorme emplâtre sur peau blanche (dite *peau de mouton*), il avait pour but de calmer les constrictions spasmodiques que la malade éprouvait dans le creux de l'estomac et les palpitations violentes dont elles étaient accompagnées. Je n'oserais assurer que ce fut sous l'influence d'un pareil moyen que diminuèrent ces deux symptômes, surtout le premier qui inquiétait beaucoup la malade; mais ce qui est très positif, c'est qu'au moment où l'on enlevait cet épithème pour le remplacer par le cataplasme, la peau du ventre et de la poitrine était de couleur rosée, couverte d'un nombre infini de très petits boutons contenant de la sérosité visqueuse, et quelquefois une matière blanche semblable à du pus. La malade éprouvait alors une démangeaison très vive qui la portait à se gratter avec violence. L'amélioration était toujours en raison directe du développement de cette éruption. Après avoir employé ce traitement pendant une semaine, l'amélioration étant très sensible, j'adjoignis, au moyen que je viens d'indiquer, l'application d'un grand vésicatoire à la partie interne et supérieure de chaque cuisse, je prescrivis des quarts de lavemens chauds, préparés avec une décoction de fleurs de ca-

momille, et fis infuser dans la décoction de chiendent une petite pincée de safran.

Sur ces entrefaites, les maux des reins et les coliques étant survenues, je me hâtai de faire appliquer sur les parties de la génération des cataplasmes emménagogues chauds, enveloppés d'une compresse de flanelle, et qu'on renouvelait fréquemment (1). Je prescrivis une potion composée d'eau distillée de tilleul, de sirop d'armoise et de quelques gouttes de teinture de safran; on frictionna soir et matin les extrémités inférieures avec un mélange des teintures d'aloès, de castoréum et de rhue. La malade resta au lit pendant tout ce temps et fut soumise à une diète sévère. Les coliques augmentèrent ainsi que les douleurs lombaires, un engourdissement se fit sentir dans les aines, une tension douloureuse se manifesta dans l'hypogastre, le pouls devint tendu et plus fréquent; le moment me paraissant favorable, je décidai les parens à appliquer dix sangsues aux grandes lèvres. Les piqûres saignèrent très peu, malgré les fumigations que j'avais conseillées afin de favoriser l'écoulement du sang. Néanmoins cette légère émission sanguine amena une détente générale et la cessation complète de la crise qui se termina par une leucorrhée qui dura environ une semaine.

Dès cet instant, la santé de mademoiselle R.... s'améliora de jour en jour; la toux, la suffocation et les palpitations diminuèrent, l'appétit fut meilleur, les lèvres et les joues commencèrent à s'animer, la conjonctive prit une teinte plus naturelle, le caractère fut moins triste, le désir de manger du plâtre et du charbon se renouvela moins souvent, et les digestions se firent sans gêne notable vers l'épigastre, et surtout sans augmenter l'oppression.

Je conseillai la promenade en voiture découverte, l'asination, un peu d'exercice à pied, des frictions sèches soir et matin, le séjour à la campagne et la continuation d'un régime doux et léger.

Aux approches de la nouvelle époque mensuelle, où d'ordinaire se déclaraient les coliques et les maux de reins, je fis prendre des bains de pieds sinapisés, en même temps que la malade était assise au-dessus d'un vase contenant une forte décoction de rhue et de sabine. Je prescrivis des demi-lavemens chauds, préparés avec la décoction de fleurs de camomille et quelques stigmates de safran. Aussitôt que je jugeai que la congestion sanguine vers l'utérus était suffisamment avancée, je fis appliquer une douzaine de sangsues, le plus près possible des parties génitales. Les piqûres saignèrent plus abondamment que lors de la première application; le sang fut moins séreux qu'auparavant, la tension de l'hypogastre persista plus longtemps, et se termina par l'apparition de quelques mucosités sanguinolentes, ce qui me parut d'un très bon augure pour l'époque suivante.

Après cette seconde crise, les mêmes précautions hygiéniques que nous avons indiquées furent observées, à l'exception près du régime alimentaire qui fut moins sévère. Enfin, au troisième mois, la menstruation s'établit assez abondamment et sans de trop fortes coliques; tous les symptômes chlorotiques disparurent et firent bientôt place à la santé la plus florissante. A dater de cette époque, la poitrine a pris du développement, et les menstrues ont continué à paraître avec abondance et régularité.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Chlorose causée par des chagrins longtemps prolongés.

Mademoiselle Thérèse A***, née à Aix, âgée de dix-huit ans, d'un caractère mélancolique, d'une constitution délicate, et douée d'une précocité d'esprit assez remarquable, avait présenté jusqu'à l'époque de la puberté, tous les signes d'une assez bonne santé. La menstruation s'établit même sans beaucoup de difficultés; quelques coliques, des maux de reins et un léger dérangement des voies digestives, furent les seuls phénomènes morbides qui se déclarèrent durant les deux ou trois premiers mois.

Des malheurs de famille ayant profondément affligé mademoiselle A***, son teint jaunit, l'appétit diminua, le dégoût survint, les digestions furent pénibles, des palpitations se déclarèrent, les menstrues éprouvèrent du retard, le sang fut moins coloré qu'auparavant, et coulait d'une manière interrompue pendant les quatre ou cinq jours que durait le temps de ses règles. Obligée, par son état de repasseuse, d'être souvent à côté d'un fourneau, une de ses principales occupations était de retirer du feu des morceaux de charbon à moitié brûlés; elle les éteignait en y jetant de l'eau, et en faisait son régal durant toute la journée. Sous le spécieux prétexte de préparer de la poudre à nétoyer les dents, mademoiselle A*** avait pilé et tamisé une grande quantité de charbon de sapin, dont elle avalait de pleines cuillerées comme si c'eût été du sucre rapé. Il était même assez singulier de voir le contraste que présentaient ses lèvres noircies par du charbon, et son teint alternativement jaune, pâle ou verdâtre.

Un autre caprice plus singulier encore, portait mademoiselle A***à écorner tous les murs pour en manger le plâtre. Elle ne pouvait franchir le seuil de la porte de sa chambre, sans éprouver un vif désir de mordre l'angle en plâtre qui formait l'encadrement. Cette anomalie de l'apétit et tous les autres symptômes que nous avons énoncés n'ayant pas tardé

---

(1) M. Amussat, à qui la science est redevable des rapides progrès qu'elle a faits dans plusieurs, points importans de la thérapeutique, emploie journellement avec succès, dans certains cas d'aménorrhée, des cataplasmes emménagogues un peu liquides et chauds, qu'il fait parvenir dans toute la cavité du vagin, au moyen d'une seringue à large canule. Il recommande à la malade de rester dans une position horizontale, de manière que le bassin se trouve assez élevé pour qu'une compresse de grosse toile, pliée en quatre doubles et fixée par un bandage en T, puisse s'opposer durant toute la nuit à la sortie de la matière injectée. Le lendemain matin une ou deux injections avec de l'eau tiède suffisent pour enlever jusqu'à la plus petite parcelle du cataplasme. Dans cette circonstance, comme dans tous les d'affections de l'utérus, la malade pourrait, à l'aide d'une grosse canule en gomme élastique recourbée, s'injecter avec facilité le cataplasme approprié à son état de maladie. (Madame Moreau, garde-malade à Paris, rue des Grés, n° 10, est devenue très experte dans ce genre d'opération, ainsi que dans l'application des sangsues au col de la matrice, le placement des pessaires, etc.)

à s'adjoindre à tous les signes caractéristiques d'une chlorose confirmée, je me hâtai de prévenir l'entière suppression des menstrues, dont elle était menacée, en saignant la malade aux deux chevilles, ce qui ne fournit qu'une très petite émission sanguine, en prescrivant l'application de douze sangsues à la partie la plus inférieure de chaque pli de l'aine. Immédiatement après, je fis prendre un bain de siége très chaud préparé avec des décoctions de plantes emménagogues; je recommandai de le prolonger l'espace de trois heures, en ayant soin d'en maintenir la chaleur, d'envelopper les pieds d'une fourrure bien chaude, et de les appuyer sur une bouteille de grès, remplie d'eau bouillante. Durant l'emploi de ces divers moyens, la malade éprouva des nausées, suivies d'un vomissement glaireux, et d'un peu de chaleur à l'épigastre; je lui fis avaler quelques cuillerées de glace pilée, légèrement acidulée avec du jus de citron.

J'avais eu la précaution de ne procéder à l'administration de ce traitement, qu'à l'époque précise où mademoiselle A.... attendait le retour de ses menstrues; aussi le résultat que j'en obtins fut-il on ne peut plus satisfaisant. Les menstrues coulèrent plus abondamment qu'auparavant, le sang fut plus coloré, les palpitations diminuèrent, l'oppression cessa, les digestions devinrent moins laborieuses, les aberrations de l'appétit furent moins marquées, et tous les autres symptômes disparurent ou cessèrent en partie.

Je me hâtai de profiter de cette amélioration pour engager les parens de mademoiselle A... à la conduire à la campagne où elle pourrait faire de l'exercice en plein air, et se procurer quelques distractions, dont elle avait le plus indispensable besoin, afin d'éloigner de son souvenir toutes les inquiétudes de famille dont elle était journellement témoin dans sa maison. Avant son départ, la malade consentit à ne plus manger de plâtre, à condition cependant que je lui permettrait de *croquer* encore quelques morceaux de charbon. Je lui prescrivis un régime alimentaire, nutritif et facile à digérer, de l'eau ferrée pour boisson, avec addition d'un peu de vin vieux; je prescrivis pour tisane une légère infusion de fleurs de camomille, édulcorée avec du sirop de gentiane, des frictions sèches soir et matin, au moyen d'une brosse anglaise, des caleçons de flanelle, appliqués immédiatement sur la peau, et de gros bas de laine, quoiqu'elle eut une peine infinie à les supporter à cause de la démangeaison qu'ils lui causaient, et d'une sorte d'éruption milliaire qui s'ensuivait.

Le mois suivant, au retour de l'époque menstruelle, je me rendis auprès de mademoiselle A..., dont l'état de santé s'était déjà considérablement amélioré; je renouvelai tout le précédent traitement, à l'exception des saignées aux chevilles; les règles coulèrent encore plus abondamment, leur retour ne fut point accompagné de vomissement ni d'aucun dérangement des voies digestives. Peu de jours après, l'offre d'une place avantageuse offerte à mademoiselle A..., ayant contribué à diminuer sa tristesse, cette heureuse circonstance contribua puissamment à l'entier rétablissement de la malade. La guérison fut complète au bout de quelques jours; depuis lors, sa menstruation a été régulière, et sa santé des plus satisfaisantes.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Chlorose qui se déclara à l'âge critique, par suite de fréquentes hémorrhagies utérines.

L'anémie n'est souvent que la première période de la chlorose.

Madame L***, native des environs d'Aix en Provence, douée d'un tempérament nervo-sanguin, avait été mariée très jeune à un maître charron d'une constitution vigoureuse, qui était dans toute la force de l'âge, et dont elle eut bientôt de nombreux enfans, et entre autres, deux jumelles aussi remarquables par leur extrême ressemblance que par leur bonne santé.

Malgré l'avis de son mari, madame L*** voulut allaiter, et ne put même se décider à se faire assister d'une nourrice, après son accouchement des deux jumelles. Une surcharge pareille se trouvant au-dessus de ses forces, sa constitution s'affaiblit, son teint pâlit, l'estomac devint paresseux et souffrant, un malaise et une inquiétude continuelle altérèrent l'extrême douceur de son caractère, des terreurs vagues et la prévision d'une fin prématurée tarirent bientôt les sources de bonheur dont elle avait joui dans sa famille jusqu'à l'âge de trente-six ans environ. Cependant les soins empressés de son mari et de ses enfans semblèrent arrêter durant quelque temps la marche d'une maladie de langueur, dont la physionomie conservait néanmoins des traces trop évidentes, pour qu'on pût s'y méprendre.

Cette prédisposition morbide, ou de maladie non confirmée, dura trois ou quatre ans, avec des alternatives d'amélioration, et d'augmentation du mal. On chercha à remédier à cette détérioration de santé, par l'usage d'un régime doux et nourrissant, ainsi que par de fréquens séjours à la campagne.

Quoique depuis l'âge de la puberté, madame L*** eût été bien réglée, elle éprouvait à chaque époque menstruelle des pesanteurs incommodes, et quelquefois douloureuses dans les lombes, dans les cuisses, dans les aines, quelques coliques et de la chaleur à l'épigastre. On avait observé qu'au retour de cette évacuation périodique, le caractère de madame L***, naturellement doux, devenait alors inquiet et chagrin.

Vers l'âge de quarante ans, madame L*** fut fréquemment incommodée par de petites hémorrhagies utérines, qui se renouvelaient après chaque approche de son mari; mais l'extrême affection qu'elle lui portait, et un sentiment de jalousie qu'elle ne pouvait maîtriser, l'engagèrent à subir tous les inconvéniens de sa cruelle position, plutôt que de chercher à s'y soustraire.

Les fréquens retours de ménorrhagie dont la malade était affectée trois ou quatre fois par mois, n'étant pas accompagnés de douleurs très vives, on les attribua à l'âge critique, et l'espoir du médecin fut qu'après la *ménopause*, la santé de madame L*** n'en serait que mieux consolidée. Cependant les caractères généraux de l'*anémie* se développaient d'un jour à l'autre, la peau, les lèvres, les gencives, la conjonctive et la langue pâlissaient, le visage était œdémateux, ainsi que les extrémités qui étaient constamment froides et humides. La surface du corps était habituellement fraîche le matin et devenait alternativement chaude et froide dans le courant de l'après midi. Des sueurs prolongées avaient lieu durant la nuit, et laissaient un état de viscosité sur toute la peau, principalement sur la poitrine et l'abdomen; le pouls petit et faible ne devenait accéléré que lorsque la malade éprouvait un peu de contrariété, ou bien après avoir commis quelque imprudence de régime; lorsqu'elle se livrait à des mouvemens trop précipités, il survenait des palpita-

tions, des battemens dans les artères temporales et dans la tête, des tintemens d'oreille, un peu de sueur au front, et immédiatement après une prostration des forces, accompagnée d'un peu d'hémorrhagie utérine. Au milieu de tous ces désordres, l'appétit s'était si bien conservé qu'il fallait surveiller la malade afin qu'elle ne commît pas des écarts de régime susceptibles d'agraver son état. Les digestions étaient d'ordinaire assez faciles; parfois au contraire elles donnaient lieu à de l'oppression suivie de coliques qui se terminaient par des déjections liquides vertes ou blanchâtres.

Dans l'intervalle de chacune des pertes utérines qu'éprouvait madame L... elle *était inondée*, c'était là son expression, d'un écoulement aqueux, semblable à de la sérosité, et qui l'incommodait beaucoup à cause du froid que cela lui occasionait. On fit des injections astringentes, et cette évacuation fut moins abondante : les accès métrorrhagiques devinrent aussi moins fréquens, ce qui procura à la malade un soulagement marqué.

Tel était l'état où se trouvait madame L... lorsque je fus appelé auprès d'elle pour lui donner des soins conjointement avec le médecin de la famille.

Il était facile, au premier aspect, de reconnaître tous les symptômes caractéristiques d'une *anémie* déjà très avancée, véritable atonie du système circulatoire, dont la cause principale avait été les hémorrhagies répétées de l'utérus. Quant aux autres complications, elles me parurent d'un intérêt secondaire et je partageai l'opinion de mon confrère, qui était d'avis de supprimer ou tout au moins de restreindre le plus possible les pertes sanguines et leuchorréiques qui, quoique moins abondantes qu'auparavant, continuaient à paraître et jetaient la malade, ainsi que ses parens, dans une inquiétude continuelle.

Nous adoptâmes donc un traitement tonique et astringent, composé d'une décoction de ratanhia et d'une potion dont la base était l'extrait de cette racine. On édulcora cette dernière avec du sirop de quinquina, et l'on adoucit la tisane avec du sirop de consoude : nous complétâmes l'action de ces moyens par l'emploi de l'*injectum* de Pringle et l'application sur les lombes d'un emplâtre styptique de Swediaur, saupoudré d'une forte dose d'acétate de morphine. Le régime que nous prescrivîmes fut léger et tonique.

L'administration de ces divers agens thérapeutiques produisit d'abord de très heureux effets, la malade reprit un peu de force, les pertes furent moins considérables, mais accompagnées de quelques élancemens douloureux, le froid aux extrémités plus supportable, les yeux s'animèrent un peu et le pouls prit de la consistance. Enhardi par cette apparence de succès, je ne balançai point à proposer les ferrugineux joints au cassia amara (une pincée soir et matin de ce mélange en poudre); on enveloppait chaque dose dans une feuille de pain à cacheter. Après la première prise, la malade témoigna de la répugnance à continuer ce remède. Nous crûmes devoir insister et l'emploi de cette préparation fut continué. Cependant à mesure que le système musculaire paraissait reprendre de l'énergie, les aberrations de l'appétit commençaient à se déclarer (1). L'aiguillon de la faim tourmentait moins la malade qui, en outre, trouvait un goût d'amertume à tout ce qu'elle mangeait. Parmi les goûts bizarres qu'éprouvait madame L... il en était un qui ne laissait pas que d'être très incommode pour ceux qui restaient auprès d'elle : c'était un continuel désir de mordre et de pincer toutes les personnes qu'elle affectionnait le plus; elle s'en abstenait le plus possible, mais parfois le besoin devenait tellement irrésistible, que, par mégarde, il lui arrivait de le satisfaire sur le dos de sa main ou de son avant-bras. Il est vrai de dire qu'elle le faisait avec un certain ménagement.

Le teint, qui jusqu'à ce jour avait été d'une extrême pâleur, devint jaune, verdâtre, les yeux cernés, les paupières supérieures engorgées, couvrant habituellement la moitié des yeux. La diarrhée, dont la malade était fréquemment incommodée auparavant, fut remplacée par une constipation opiniâtre.

Madame L.... n'évacuait ses selles qu'une fois par semaine; cette époque était un sujet d'inquiétude pour nous et d'effroi pour la malade, parce que durant les efforts de la défécation, elle éprouvait constamment une perte utérine, qui continuait quelques instans après, malgré tous les moyens que l'on mettait en usage.

Ces accidens hémorrhagiques étaient toujours accompagnés de coliques, de maux de reins et de douleurs dans l'une des deux cuisses. Tout cet appareil de souffrance se dissipait comme par enchantement aussitôt que l'attaque ménorrhagique cessait.

Enfin, aux phénomènes de l'*anémie* qui avait préexisté pendant plusieurs années, finirent par s'adjoindre tous les symptômes d'une véritable chlorose.

Cette affection revêtit un caractère d'autant plus grave qu'elle était la suite d'une métrorrhagie et d'un flux leucorrhéique qui avaient duré très longtemps, ce qui rendit impuissans tous les secours de l'art, si toutefois la stimulation tonique que nous déterminâmes sur les organes digestifs ne contribua pas à augmenter le mal et à hâter la fin de la malade. Les pertes utérines se supprimèrent, les hypocondres et l'hypogastre devinrent un peu sensibles, le peu de forces qui restait encore disparut graduellement et madame L.... succomba deux mois après ma première visite.

Depuis lors j'ai souvent regretté que mon confrère et moi, n'ayons pu nous soustraire à cette fatalité médicale qui, dans les cas d'anémie, entraîne presque tous les praticiens à tonifier, à fortifier, et par conséquent à sur-irriter les voies digestives. L'estomac, il est vrai, paraît être dans une débilité extrême qui semble provenir d'un état d'ab-irritation; mais le plus souvent l'atonie essentielle de cet organe n'existe que dans l'imagination effrayée des médecins et des malades.

---

(1) Cette dépravation du goût, que les auteurs ont appelée *pica*, du mot *pie*, parce que l'oiseau de ce nom avale souvent des substances terreuses, est une névrose de la digestion, ou mieux encore un des symptômes nerveux de la gastrite chronique que l'on observe constamment chez les chlorotiques et chez quelques autres femmes durant la grossesse.

BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE,

PUBLIÉE A GÉNÈVE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

OCTOBRE ET NOVEMBRE 1833.

THÉRAPEUTIQUE.

—

PHLEGMASIES CUTANÉES.

La peau, barrière vivante destinée à protéger l'ensemble du système organique contre l'action des corps nuisibles, est douée, pour cet usage, d'une très grande sensibilité, et se trouve liée par d'étroites sympathies avec tous les viscères importans de l'économie. Les lésions de cette surface sensible ne sauraient donc, pas plus que ses fonctions, être entièrement isolées. Sont-elles primitives et de cause externe, comme les contusions, l'insolation, la brûlure, etc., un retentissement sympathique a toujours lieu dans les viscères; à plus forte raison, les phlegmasies cutanées ne doivent point être considérées comme affections locales, quand elles sont consécutives ou concomitantes de troubles extérieurs, comme on le voit pour le zona, l'érysipèle, la rougeole, les miliaires, la scarlatine, le pemphygus, les dartres, etc., etc.

Les fonctions de l'organe tégumentaire se troublent et s'altèrent dans tous les dérangemens fonctionnels un peu intenses, mais en n'envisageant que les lésions extérieurement visibles, leur nombre paraît encore prodigieux. Les Anglais comptent plus de cent variétés des maladies de la peau, et le docteur Allbert a cherché à classer méthodiquement, sous des noms grecs et latins, ce que la nature présente sous des formes infiniment diversifiées.

X^e *forme. Scarlatine.*

Phlegmasie, dont l'étymologie indique une rougeur vive et uniforme, semblable à celle de l'écarlate, propre à l'enfance et à l'adolescence, et n'affectant que très rarement deux fois le même individu; remarque assez générale pour les maladies de cause spéciale.

Moins contagieuse peut-être que la rougeole, la scarlatine règne quelquefois épidémiquement, et l'on ne conteste plus aujourd'hui qu'elle ne soit le produit d'un principe miasmatique inconnu dans son essence : mais constant dans ses effets. C'est ordinairement sept, huit ou dix jours après s'être exposé à l'influence contagieuse, que l'on voit apparaître la scarlatine.

L'éruption est précédé, trois à cinq jours à l'avance, par des symptômes d'angine et de gastro-entérite, et cette circonstance est à remarquer, que la vive inflammation de la circonférence ne révulse pas les irritations internes. Les phlegmasies viscérales marchent concurremment avec la phlegmasie cutanée; quand la maladie est très forte, on ne saurait surveiller de trop près l'imminence de pneumonie ou de congestion cérébrale. L'excès d'angine menace d'asphyxie par strangulation, et le caractère gangréneux peut s'y ajouter. Des complications de cérébrite, de pneumonie, de pleurésie, méritent une attention particulière et un traitement énergique; car si la scarlatine simple ne présente aucun danger, il n'en est pas de même lorsque l'éruption est retardée par la violence des phlegmasies intérieures, ou qu'elle vient à disparaître prématurément; ce qui entraîne fréquemment la mort. Un traitement vicieux, lors d'une éruption tardive et difficile, peut faire aussi contracter à la maladie, un caractère grave; la prostration, la stupeur, la forme typhoïde, en sont des conséquences possibles.

La durée de la maladie, y compris la période de prodromes et celle de la desquammation de l'épiderme, est environ de onze à douze jours, après lesquels la convalescence a lieu. L'éruption pâlit vers le dixième jour, et du onzième au douzième l'épiderme se détache sous forme d'une farine légère.

Quand l'état fébrile est passé, il peut rester des phlegmasies chroniques de différens tissus internes. Les plus communs, parmi ces reliquats de la scarlatine, sont : l'hydropisie, la diarrhée, des ophtalmies, des otites, etc.

C.

Sydenham est le premier qui ait signalé l'importante différence qui distingue la scarlatine lisse, érysipélateuse, de la pourpre militaire, avec laquelle plusieurs auteurs l'ont confondue. La véritable scarlatine (celle de Sydenham) est, d'après Hartmann, excessivement rare, et ne se contracte plus passé l'âge de douze ans. Son caractère essentiel est une rougeur d'écrevisse, qui cède au doigt comme celle de l'érysipèle, s'étend par plaques larges, qui vont en dégénérant insensiblement au rose clair. La teinte paraît d'un instant à autre plus foncée ou plus légère; les taches semblent tantôt plus resserrées; mais la peau est toujours plane et unie. La rougeur semble préférer les parties exposées à l'air ou peu recouvertes, qui s'enflent un peu à mesure qu'elles sont envahies; mais de là elle gagne, en général, toute la surface du corps. L'état fébrile naît avec l'éruption, diminue quand elle pâlit, et s'éteint avec l'époque de desquammation de l'épiderme. Jamais la vraie scarlatine, dit Hartmann, ne disparaît pendant la fièvre; la rougeur survit même à la mort, et devient violette sur le cadavre.

Plus vaste est la teinte écarlate, plus le cas est grave, parce que la transpiration ne peut s'exécuter par aucun point des tégumens enflammés. Quelquefois même, après la desquammation et la cessation de la fièvre, la peau demeure sèche, rugueuse et privée de fonctions exhalantes, ce qui dispose à l'hydropisie du tissu cellulaire.

La propriété de l'*atropa belladona*, comme préservatrice et curative de la scarlatine, avait dès longtemps été signalée par Hahnemann, qui, dans ce temps-là, ne l'employait point comme aujourd'hui. Il conseillait deux grains d'extrait de belladone, dissous dans une livre d'eau, de manière à faire prendre trois cuillerées par jour de ce mélange. Dans une épidémie qui dura trois ans, sur cent-quatre-vingt-quinze individus exposés à la contagion et soumis à ce préservatif, quatorze seulement furent atteints par la maladie, et le furent légèrement. Des résultats analogues, et peut-être plus décisifs, ont été obtenus par les docteurs Behr, Benedix, Dusterberg, Herholot, Hufeland, Méglin, Muhrbeck, Sœmering, Wesener, Zeuch, etc. L'on peut consulter, à ce sujet, une lettre adressée, en juin 1824, au docteur Dupuytren par le docteur Koreff, et insérée dans le Journal complémentaire des Sciences Médicales (tome XVIII, page 396).

Quelle que soit la manière dont la belladone agit en pareil cas, il demeure constant que, semblablement au miasme de la scarlatine, elle a la propriété d'affecter la gorge et la peau, sur laquelle on la voit souvent développer une éruption rosée. M. Guersent, en rapportant cette vertu préventive de la belladone, la compare à une sorte d'inoculation, mais qu'il ne croirait infaillible que si on parvenait à inoculer le principe de la scarlatine lui-même, au lieu d'un agent analogue.

Un grand nombre d'écrivains allemands ont préconisé l'action préservatrice de la belladone, et beaucoup d'autres l'ont niée, ce qui tient à ce qu'ils n'ont pas observé attentivement la maladie à laquelle ils avaient affaire. En matière d'observation, l'on peut s'en rapporter à un homme tel que Hahnemann, et son témoignage est irrécusable. La véritable scarlatine lisse, fort rare et très souvent confondue avec la pourpre, reconnaît la belladone pour son spécifique.

Les homœopathistes, quand ils veulent employer cette substance à titre de préservatif, en donnent seulement un globule humecté de la trentième dilution, tous les six ou sept jours le matin, et tous les quatre à cinq jours chez les personnes robustes, avec recommandation expresse d'éviter le café, qui éteint l'action de la belladone, ainsi que le vin et les acides qui en exagèrent les effets. Avec cette dose et ces précautions, on met à l'abri de l'influence épidémique, sans avoir à redouter les accidens belladoniques, auxquels donnent souvent lieu de plus fortes doses, tels que : paralysie du nerf optique, angines de mauvaise nature, ulcérations des coins de la bouche, éruptions variées, etc. Quand le médecin homœopathe rencontre de tels effets des préparations de belladone, il les combat avantageusement avec le camphre, et puis, suivant l'occurrence, avec *mercur.*, *pulsat.*, *opium*, *hyoscium.*, etc.

Le traitement curatif de la scarlatine repose uniquement sur l'action homœopathique de la *bellad.* 30e, 2 à 3 glob., jamais plus; mais il peut se présenter des symptômes accessoires, auxquels elle ne répondra pas, et qui réclameront d'autres médicamens; ainsi :

Chaleur brûlante, étourdissement somnolence, jactitation, vomissement, diarrhée ou constipation, convulsions, réclameront *opium* 0/6.

Fièvre le soir, insomnie, malaise, défaut total d'appétit, gémissemens, ennuis intolérables. *Ipecac.* 3 ou 4.

Une épidémie bien grave est celle où tout semble se porter vers la bouche, sans que l'éruption puisse sortir. Sentiment aigu de brûlure, de raideur et d'enflure dans le voile palatin, luette gonflée, amygdalite, dysphagie, arrière-gorge rouge et excoriée. Tous ces symptômes sont plus formidables que l'angine concomitante ordinaire, et cependant ils cèdent très-bien à une dose de *bellad.*, qu'on fait suivre, deux jours après, par une de *mercur. sol.* 00/12.

L'angine est-elle métastatique? alors il y a presque toujours fièvre nerveuse. On peut observer une multitude de petits ulcères fétides, qui tapissent le pourtour de la bouche et de la gorge, soif dévorante, prostration générale, siccité extrême des parties buccales et de la langue, etc.; rarement en ce cas, *bellad.* suffirait; *ars.* lui-même ne triomphe pas toujours; la meilleure ressource est dans l'emploi de *nux* 00/24.

Une autre espèce, plus terrible encore, est une épidémie où n'apparaissent ni angine, ni rubéfaction cutanée, mais où l'on remarque : abattement complet, œil très ouvert, fixe et morne, visage froid et pâle, point de soif, pouls petit et rapide, immobilité paralytique des membres, déglutition impossible par douleur poignante des parotides, pression céphalique, chaleur dans une partie, froid dans une autre, etc... C'est encore *bellad.* qui réunit le plus de symptômes analogues à ce cas-là.... Les docteurs Quin et Belluomini, à Londres, forcent et répètent les doses jusqu'à développement positif de l'action médicatrice; nous avons peu d'expérience encore de ces cas très graves.

Complications. Celle avec la miliaire pourprée constitue une maladie en quelque sorte spéciale, qui réclame *acon* alterné avec *bellad.* On doit laisser plus de terme à celle-ci pour agir, qu'il n'en faut à l'*acon.* *Coffea* convient très bien chez les enfans d'une constitution délicate.

S'il y a : exacerbations vers le soir, nausées, vomituritions, caprices, pleurs, gémissemens, *ipecac.* doit précéder *bellad.*, et chez les sujets très sensibles, ce pourra être *coffea.*

L'éveil de la psora rend la scarlatine une maladie rebelle.

Les complications de cérébrite et d'hydrocéphalite, exigent le traitement de ces affections... Ainsi d'abord *bellad.*, et puis, s'il persiste des symptômes d'épanchement séreux, comme : tête renversée que l'enfant ne peut soutenir, pupille élargie, insensibilité, immobilité alternant avec cris aigus, et mouvemens convulsifs des bras qui se portent vers la tête, etc., *mercur.* ou *arnica.* 0/6, pourrait sauver le malade.

Reliquats de la scarlatine. Enflure du visage, des mains, des pieds, avec fébricule et frissons le soir, raideur des membres, bruissement d'entrailles, fourmillement dans le dos, gonflement inflammatoire des glandes, écoulement purulent par les oreilles, ulcères aux coins de la bouche, etc., encore *bellad.*

Œdème général, surtout des membres, sans autre caractère, *hellebor. niger.* 0/12.

Si l'intérieur du nez et même toute cette partie, sont gonflés avec écoulement fétide et purulent, *aurum* 0/12.

Quand il y a enflure du visage avec engorgement des gencives et salivation, *mercur.*

Peau venimeuse, facile à s'excorier? *chamom.*

Toux suffocante avec rougeur passagère au visage, et en même temps frisonnemens du dos et des membres, *chamom.*, *conium*, *hyosciam.*

Il est enfin des cas où il faut recourir aux antipsoriques.

XIe *forme. Miliaire pourprée* (*purpura miliaris*).

Phlegmasie éruptive, ainsi que nous l'avons dit, facilement confondue avec la précédente; épidémique comme elle dans certains temps, elle ne paraît pourtant pas être contagieuse. Cette maladie doit être distinguée non-seulement de la scarlatine, mais aussi de la miliaire simple, éruption très commune, que l'on voit se montrer et disparaître comme épiphénomène dans les maladies aiguës fébriles, sans qu'elle soit entourée de cette escorte de phénomènes généraux, particulière aux exanthèmes épidémiques.

Cette seconde espèce de miliaire était très commune vers la fin du dernier siècle, ce qu'il faut attribuer, d'une part, à l'habitude vicieuse d'écraser les malades d'opercules et de les étouffer de chaleur; d'une autre part, à l'importance que les praticiens d'alors mettaient à rechercher et à signaler ces apparitions morbides, tandis qu'on les regarde aujourd'hui comme insignifiantes.

La pourpre miliaire, à l'opposé de la scarlatine, peut affecter indistinctement tous les âges, et atteindre plusieurs fois dans sa vie le même sujet. Elle s'annonce par des symptômes précurseurs, en général peu caractérisés, tels que somnolence, délire sourd, oppression, anxiété, défaillance, et apparaît sous forme de petites plaques rapprochées d'un rouge tirant au brun, sans changement aucun sous l'impression du toucher. Celui-ci fait apprécier l'existence de petits boutons rouges, sombres, compacts, moins saillans qu'enfoncés dans la peau, également sensibles à l'œil et au doigt, et que circonscrit une auréole d'un rouge vif et tranché.

Cette éruption se jette indifféremment tantôt sur une partie, tantôt sur une autre. Cependant elle préfère, en général, les endroits recouverts le plus chaudement, et les articulations des membres. Elle a de la peine à se développer au visage. L'exanthème est ordinairement sans enflure. Qu'il soit violent ou faible, sa rétrocession brusque entraîne un imminent danger, souvent la mort, ce qu'on n'a point à redouter dans la miliaire simple.

L'angine pharyngée se montre en l'absence de l'éruption; elle précède celle-ci, s'efface pendant le plein développement des plaques, et reparaît avec violence, après leur disparution.

La durée de la pourpre miliaire varie de cinq à six jours à plusieurs semaines.

Traitement. L'aconit est, pour cette maladie, un moyen préservatif et curatif éprouvé. Si douze ou quatorze heures après la première dose, on voit persister la chaleur, l'inquiétude, l'angoisse, une seconde doit être administrée.

Contre vive douleur et humeur larmoyante, on pourra donner quelquefois *coffea* 1, qui ne sera pourtant jamais qu'intermédiaire aux doses ci-dessus. L'alternative de ces deux agens a été merveilleuse aux mains d'Hartmann.

Cet auteur, dans une épidémie où se montrait à diverses reprises une éruption miliaire peu prononcée, avec angine métastatique dangereuse, obtint grand succès de *mercur.* intermédiaire à *acon.* et *bellad.* Ce sont des cas exceptionnels.

Acon. convient encore lorsque, sans éruption, il y a une espèce de fièvre avec l'ensemble de symptômes qui suit: légers frissons de tout le corps avec altération du visage, qui passe rapidement du rouge au pâle, et *vice versâ;* pouls plein, vite; tête embarrassée; la nuit vertige, état fantastique, bouche et langue sèche avec soif; rougeur des yeux; respiration serrée; toux courte avec expectoration rougeâtre; douleur piquante sous les fausses côtes.

Complications. Uni à la variole, le pourpre a toujours paru le dernier, et lorsque les pustules sont près de s'enflammer, alors la variole reste stationnaire, pour ne reprendre son cours que lorsque le pourpre a disparu. Le traitement est le même que ci-dessus.

Uni à la rougeole, le praticien le plus exercé discerne avec peine leurs caractères respectifs; *acon.* le plus souvent, mais quelquefois combattre l'agine par *bellad.* ou *merc.* *Reliquats* traités comme ceux de la scarlatine et de la rougeole.

XIIe *forme. Miliaire simple* (*Friesel*).

Précédée quelquefois de picotemens incommodes à la peau; c'est au cou, sur le devant de la poitrine, au ventre, à l'intérieur des cuisses, que, chez les malades tenus trop chaudement, on voit paraître et disparaître, sans inconvénient par la fraîcheur, cet exanthème fugace.

Ce sont de petites vésicules pointues, rondes, nombreuses, peu dures, de la grosseur au plus d'un grain de mil, quelquefois pleines d'une sérosité brune, et toujours reconnaissables au toucher.

Apparition redoutée du vulgaire, dans les fièvres malignes, peu avant la mort, et le plus souvent alors d'un blanc perlé (millaire blanche); cette éruption ne tient pourtant qu'à la chaleur dont on accable les mourans.

Elle s'accompagne de quelques phénomènes morbides, tels que, douleurs mobiles et variables dans les membres, le cou, les dents; grande inconstance dans les fonctions urinaires et cutanées; engourdissement, pincement des doigts; prurit, brûlement de la peau, angoisse, serrement de poitrine, soupirs, défaillance, frissons, accidens catarrhals ou nerveux; toux, point de côté, etc.; mais surtout sueur acide, visqueuse, abondante.

Les formes de cette éruption, variées comme les maladies auxquelles elle s'unit, tantôt vésiculaire, tantôt perlée, laiteuse, purulente, réclament des moyens divers.

L'angoisse, l'accablement, qui, dans une fièvre puerpérale ou muqueuse, annoncent cette éruption, cèdent à une ou deux doses d'*ipecac.* ou de *bryonia*, et l'exanthème ne vient pas. L'angoisse plus grande, la jactitation disparaissent par *ars.* La toux forte, sanguine, par *acon.* Chez l'enfant tenu trop chaudement, si la miliaire se lie à diarrhée aqueuse, verdâtre ou comme mêlée d'œufs brouillés, qui excorie l'anus, alors *chamom.* 0/12. D'autres fois *sulphur.* conviendra mieux, lorsque, par exemple, l'éruption occupe l'intérieur des cuisses, le nombril, le bas-ventre, et occasione beaucoup d'inquiétude avec une rougeur vive des parties sexuelles.

Cette espèce d'exanthème s'unit souvent aux maladies chroniques. Est-il alors indice de psora?

Les éruptions chroniques, qu'on voit revenir sans cesse ici et là, avec prurit et cuisson, cèdent, suivant l'occurrence, à *mezereum*, *clematis*, *sassaparilla*, *staphysagria*, *ars.*, *ammon.*, *carbo*, *sulphur.*

XIIIe *forme, Rougeole (rubeola, morbilli, febris morbillosa. Masern).*

Inflammation spécifique de la peau et des membranes muqueuses; le catarrhe pulmonaire est un compagnon constant de la rougeole, comme l'angine l'est pour la scarlatine. On distingue une variété de rougeole sans catarrhe, et une autre très rare, dont les taches deviennent d'un noir livide, sans qu'elle soit plus dangereuse pour cela.

Le nom de rougeole vient de la couleur rouge que prend la peau dans cette maladie, et celui de *morbilli*, donné par Bateman, est dérivé de *morbo*, qui, en italien, signifie peste. On regarde la rougeole comme originaire d'Afrique, comme épidémique et contagieuse.

La rougeole la plus commune, rougeole avec catarrhe, débute par le visage, sous forme de petites taches rouges inégalement disséminées, arrondies d'abord et séparées, puis se confondant par-ci par-là, et marbrant la peau. La rougeur diminue par la pression du doigt, sans disparaître tout-à-fait, comme dans l'érysipèle, et reprend aussitôt toute son intensité.

On attribue trois époques ou périodes au cours de cette phlegmasie: 1° celle de prodromes; 2° celle d'éruption; 3° celle de desquammation.

Dans la première période, les principaux symptômes précurseurs sont ceux d'un léger coryza avec rhume, malaises, frissons, éternuemens, hémorrhagies nasales, dyspnée, toux sèche, vive, sonore, revenant par petites quintes, assoupissement, léger délire, excitation du pouls.

La seconde période est celle de l'éruption, qui, commençant au visage, se répand ensuite sur tout le corps, avec une démangeaison désagréable, et dont le développement n'entraîne point la sédation du catarrhe et des symptômes généraux.

Dans la troisième période, l'épiderme tombe en petites lamelles furfuracées... Ces trois époques peuvent comprendre l'espace de quinze jours, et offrent dans leur marche, de nombreuses irrégularités. C'est ordinairement du deuxième au huitième jour qu'a lieu la transmission du principe contagieux.

Traitement. La *pulsatille* est le remède préservatif et curatif de la rougeole. Au début, elle ne manque pas de faire avorter l'éruption, et, comme moyen préventif, on la répète tous les quatre jours.

Passé la période des prodromes, si les accidens inflammatoires sont très prononcés, on les combat d'abord par *acon.*, auquel on peut même revenir; puis si l'efflorescence s'accompagne de soif ardente, difficile à apaiser à cause de l'enflure du gosier, d'une toux sèche, fatigante, spasmodique; si le blanc des yeux est traversé de vaisseaux rouges; s'il y a larmes, anxiété, insomnie, irritabilité, la *bellad.* sera préférée à *pulsatilla*, qui convient mieux à la paisible et naturelle allure du mal.

Bryonia 15 sera souveraine contre les répercussions, surtout si la poitrine est irritée, avec toux douloureuse, humide, sensation de blessure; si les yeux sont très sensibles à la lumière; s'il y a rhumatisme ou d'autres symptômes propres à la bryone.

Si, au contraire, avec la pâleur des taches rubéoliques coïncident des vomissemens muqueux de la diarrhée, etc., *pulsatil.*

Quelquefois l'éruption ne peut se faire; il y a beaucoup de fièvre et état catarrhal des yeux; alors *bellad.* ou *sulphur.*

Les complications font encore varier le traitement; ce sont, par exemple, des fièvres nerveuses, adynamiques, etc.

Reliquats des rougeoles. Le plus ordinaire est une diarrhée muqueuse, qui cède à *puls.*, *china.*, *merc.*, ou bien une toux sèche, âpre, à laquelle répondent *chamom.*, *ignat.*, *nux.* Prend-elle le caractère convulsif, comme de coqueluche? *Bell.*, *cina.*, *hyosc.*, *conium.*

XIVe *forme. Roseole (rosulæ, rubeolæ, fausse rougeole).*

Efflorescence non commune, de peu d'importance, ne venant qu'une fois, tenant le milieu entre la scarlatine et la rougeole, rapprochant plus de la première par l'angine et la desquammation, et par ses reliquats; facile à confondre avec toutes deux.

La roséole est une affection cutanée non contagieuse, caractérisée par des taches roses diversement figurées, plus larges et plus irréguières que celles de la rougeole, élevure

à la peau, n'entraînant aucun danger, et paraissant comme épiphénomène dans ces affections internes, qui seules méritent attention.

Bateman décrit sept variétés de roséole, sous noms donnés par Villan : *Roseola æstiva, autumnalis, annulata, variolosa, vaccina, miliaris.* Il est inutile de faire apercevoir le vide de ces divisions... Ce ne sont que des nuances de la même maladie, suivant la saison, ou compliquant la variole, la vaccine, la miliaire ; etc.

Dans la roséole, l'angine parait d'abord avec la fièvre; puis se développe l'éruption, sans aucun ordre, surtout aux membres, peu ou point à la face. L'exanthème d'un rouge semblable à la scarlatine, de forme irrégulière, plane, sans être groupé, se répercute rarement, et disparait tout à fait sans laisser de places rouges. Au bout de quelques jours, il peut se former des vésicules remplies d'eau blanchâtre, qui sèchent le septième, et, disparaissant avec la rougeur, font place à la desquammation. Quelque bénigne que soit cette éruption, elle peut être grave par les complications de fièvre nerveuse ou typhoïde, etc.

Traitement. Se rapproche de celui des exanthèmes précédens. *Acon.*, *bell.*, *bryon.*

Dans l'excès d'angine, sera peut-être applicable *merc.*, et dans le cas de soif ardente avec chaleur brûlante et prostration, *ars.*

OBSERVATIONS DE ROUGEOLE.

Premier fait.

Anatole de T., douze ans, fort, bien constitué, brun, ressent, le 14 juin 1833, des malaises, tels que tristesse, abattement, alternation de frissons et de chaleur, anorrexie, soif, et le lendemain surviennent de la toux, du picotement à la gorge et aux paupières que l'on voit se tuméfier. Les yeux rougissent ; éternumens fréquens et plusieurs hémorrhagies nasales ce jour-là ; le menton, le front, les joues se couvrent peu à peu de petits points rouges qui s'étendent, se développent par plaques d'un rouge-brun avec une légère saillie à la peau.

Les parens du jeune homme hésitent à reconnaître l'existence de la rougeole, parce qu'on assurait qu'il en avait été déjà une fois atteint. Appelé le troisième jour, je trouve l'éruption rubéolique parfaitement caractérisée à la face, mais encore très-peu prononcée sur le dos, le bras, la poitrine, où elle s'annonce par de petits points assez ressemblans à des morsures de puces. Les symptômes catharrals sont intenses, la toux violente, la fièvre forte. Le malade prend, ce jour-là, 17, *aconitum* 0/30.

Une heure après, développement plus grand des mouvemens du cœur, pouls dur, élevé, précipité; nouvel épistaxis, douleur vive à la gorge, céphalalgie, toux plus forte, et trois heures plus tard l'éruption se répand sur toute la surface du corps dans son plus haut degré, la figure se tuméfie, les taches s'y confondent en se rapprochant et simulent un vaste érysipèle, la peau du nez reluit, les paupières se gonflent et se collent.

La nuit est calme, sommeil, toux moindre, selle un peu diarrhéique, presque plus de fièvre.

Le 18 au matin. — Même état que ci-dessus, éruption en pleine activité avec réduction des symptômes généraux. *Pulsatilla* 00/18.

Trois heures environ après ce remède, et sans aggravation appréciable, pâleur presque complète de la face; l'éruption semble disparaître, puis dans l'après-midi elle revient moins intense que le matin. Absence de fièvre.

Le 19. — Calme général, plus de bouffissure, langue meilleure, appétit prononcé; une teinte rosée persiste encore, ainsi que l'irritation du bord des paupières, qui s'agglutinent aisément.

Le 20. — Desquammation à la face ; bien-être complet ; la malade se lève. Il sort le lendemain sans accidens et sans conserver de reliquat. La maladie a duré, convalescence comprise, quatre jours.

Deuxième fait.

Philippe de T., frère cadet du précédent, huit ans, bien constitué, contracte la même maladie, qui s'annonce le 18 au soir par quelques malaises précurseurs. L'état de son frère aîné donne l'éveil sur le sien ; on l'examine de plus près, et le 19 au matin quelques symptômes décèlent l'invasion prochaine de la rougeole. Fatigue des yeux, toux légère, excitation du pouls, petits points rouges sur le dos, les membres, le cou, etc. Au menton, ils ont déjà pris la forme de plaques. *Aconit* 0/30 développe activement l'éruption.

Le 20. — Elle est sortie en plein; en même temps sédation du pouls et de l'irritation catarrhale.

Le 21. — Absence complète de fièvre, appétit, toux nulle ; l'éruption s'efface.

Le 22. — Le malade est guéri.

Nous avons soigné de la même manière, à diverses époques, une vingtaine de rougeoles; aucune n'a duré plus que les précédentes. Dans un cas, nous avons vu l'enfant exposé presque nu à une pluie froide pendant qu'il était sous l'action de la pulsatille au plus fort de l'éruption. Il n'en est résulté aucun accident.

Dans un prochain article, nous examinerons les autres phlegmasies de la peau ; l'urticaire, la variole, le furoncle, l'érysipèle, le zona, le pemphygus, etc.

H. GUEYRARD. *doct.-méd.*

OBSERVATIONS PRATIQUES.

Une maladie n'est pas nécessairement chronique ou de nature psorique, par cela seul qu'elle date de plusieurs années. Un trouble dynamique local peut persister longtemps, sans perdre son caractère primitif. Dans ce cas, un remède antipsorique, d'ailleurs bien choisi homœopathiquement, agit à la manière des spécifiques apsoriques, c'est-à-dire, promptement et sûrement. En d'autres termes, les antipsorique peuvent être administrés dans les maladies aiguës ; je pense même qu'ils sont à préférer à similitude égale de

leurs symptômes médicinaux comparés à ceux des apsoriques.

La nouvelle doctrine ne se contente pas de raisonnemens *à priori ;* il lui faut des faits ; elle ne marche qu'éclairée par l'expérience ; je vais en conséquence citer des faits à l'appui de ce que j'avance.

Première observation.

Julie J..., âgée de 27 ans, cuisinière, était tourmentée depuis trois ans par des douleurs de tête habituelles, avec nausées, vomissemens, vertiges. On avait employé sangsues, vésicatoires, purgatifs, etc., sans amélioration. Au contraire, le mal empira au point qu'elle fut obligée d'abandonner son état, au mois de mars dernier; c'est alors qu'elle vint réclamer les secours de l'homœopathie. Voici le tableau de la maladie :

Douleur à la tête jour et nuit; battemens au front et à la tempe gauche; vertige en se levant le matin avec sueur froide qui l'oblige à ce coucher; vertige en se baissant, au point de tomber et d'être obligée de se coucher ; étourdissement, elle ne sait ce qu'elle veut faire ; pesanteur, battemens dans la tête, bouffées de chaleur à la face et froid aux pieds; face colorée; quelques boutons au front ; yeux sensibles à la lumière avec pression ; goût amer le matin ; nausées, vomissement d'eau, d'alimens ; pesanteur à l'estomac ; douleur comme superficielle au-dessus des clavicules qui gêne la respiration et augmente par le toucher; gonflement du ventre après le repas ; constipation, menstrues abondantes, douloureuses, lassitude, somnolence le jour ; la nuit peu de sommeil agité par des rêves vifs ; inquiétude, découragement, tristesse, mélancolie. La malade fait un grand usage de café et sent ses maux s'aggraver tous les quatre jours.

Il était inutile de revenir aux moyens précédemment employés sans succès. Je pensai d'abord à remédier aux symptômes gastriques et nerveux, surtout avec nausées et vomissemens, par une dose de *nux vomica;* je donnai la fraction $\overline{x}$ deux globules, qui supprima les uns et les autres; mais les douleurs de tête restèrent les mêmes. Considérant cette maladie comme chronique, je crus devoir commencer un traitement antipsorique et je débutai par le *Lycopodium*, comme réfléchissant assez bien les symptômes existans : huit jours après l'administration de *nux vomica*, je donnai trois globules de *Lycopodium* $\overline{x}$ pris le matin à 6 heures. A dix heures tous les symptômes augmentèrent, excepté le vomissement, et allèrent en s'exaspérant jusqu'au milieu de la nuit suivante. La journée fut des plus mauvaises: le découragement, le désespoir étaient extrêmes. A trois heures du matin le calme s'établit et un sommeil réparateur annonça la fin de la lutte ; ce sommeil dura neuf heures avec sueurs générales. Jamais, depuis trois ans, la malade n'avait dormi d'un sommeil aussi complet.

Mais aussi, quel réveil! c'est une nouvelle existence, une nouvelle manière de voir, de sentir, c'est la jouissance entière de la vie, la santé.

J'avoue que grand fut mon étonnement à la vue de cette action puissante, rapide d'un atome médicamenteux, sur une maladie que je regardais comme chronique : atome que l'on a toujours considéré comme inerte et qui l'est en effet, tant que la préparation homœopathique n'a pas développé sa puissance ; mais qui a suffi pour enlever la cause (quelle qu'elle soit) et tous ses effets ; car la guérison a été complète et durable jusqu'à ce jour (il y a trois mois).

Au reste, cette observation n'est pas tant pour faire ressortir les avantages et les ressources précieuses de la doctrine homœopathique, que pour prouver ce que j'ai dit en commençant, que les antipsoriques agissent aussi comme spécifiques et que les maladies anciennes ne sont pas toujours psoriques. En voici une nouvelle preuve.

Deuxième observation.

Monsieur D. M., après une nuit passée dans une chambre mal fermée, sur la montagne, fut saisi le matin d'une douleur vive par élancemens, à la joue droite. Depuis lors, il y a deux ans, cette douleur a continué tous les jours à la manière du tic douloureux ; c'est un élancement subit qui part de la mâchoire supérieure droit et va aboutir à l'angle interne de l'œil. L'accès est immédiatement provoqué en se mouchant, en éternuant, en se fâchant, souvent en mâchant, et se renouvelle ainsi dix à douze fois par jour. L'usage du café, du vin pur, la fatigue, déterminent des accès plus forts et plus fréquens. La digestion est fort dérangée, longue et pénible. Le malade dîne à 1 heure : à 3 heures, plénitude d'estomac ; rapports fréquens. A 6 heure, gonflement du ventre, déplacement de vents ; tension incommode dans les hypochondres; pression vers les régions inguinales. Le moindre aliment qu'il prenne dans la soirée, augmente ses malaises. La tête est pesante, la pensée difficile. Le malade devint triste, mécontent, morose : malaise, dégoût de tout plaisir, de toute distraction. Cet état se prolonge jusqu'à une ou deux heures de la nuit; ce n'est qu'alors qu'il peut goûter un sommeil inquiet, souvent interrompu.

Au lieu de chercher à rétablir les fonctions digestives troublées, à ramener l'harmonie des fonctions cérébrales, qui n'étaient que sympathiquement en désaccord, j'ai cru devoir attaquer le symptôme dominant, générateur de tous les autres, le tic de la face ; et comme le mal est ancien, j'ai donné la préférence à un remède d'une action prolongée et même temps antipsorique.

Sans aucune préparation, ni changement du régime, qui était régulier, je donnai trois globules de *zinc* $\overline{x}$. Les symptômes ne furent pas sensiblement augmentés, mais offrirent, toute la journée, une variété infinie dans leur manifestation, surtout des élancemens subits, à peine douloureux, dans diverses parties du corps. La nuit suivante fut très bonne. Le lendemain tout avait disparu, le tic de la face et avec lui tous les symptômes d'hypochondrie. Depuis ce jour (il y a deux mois) M. D. M. a repris l'usage du vin, du café (contre mon avis) et se livre à tout son appétit, sans gêne et sans inconvénient.

CHWIT, *médecin.*

SUR LA BELLADONE.

—

La *belladone* est, pour l'homœopathe, le médicament indispensable, par excellence, dans le traitement des maladies aiguës; c'est tous les jours, à tous momens, que le besoin s'en fait sentir dans la pratique; c'est aussi tous les jours, à tous momens, que le praticien voit des effets merveilleux surgir à la suite de l'emploi de cette substance, et ce, de la manière la plus rapide et la plus complète. Le petit traité qui suit en donnera la démonstration; il sera puisé dans les travaux spéciaux des Drs MULLER et HARTMANN de Leipzig, et dans les observations particulières de quelques autres homœopathes habiles et savans, auxquelles je joindrai quelques-uns des résultats de ma propre pratique.

Déjà le simple aperçu de l'article *belladona*, dans la *Matière médicale pure* de HAHNEMANN, pouvait donner une idée juste de la haute importance de cette substance; il a été observé, p. 319 du 1er vol. de la *Bibliothèque homœopathique*, que cet article n'offre pas moins de 1440 symptômes auxquels notre habile collaborateur a réuni 169, ce qui forme un total de 1609 remarques pathogénétiques. Il restait à bien faire connaître ce que l'expérience a appris concernant les bons effets de la *belladone* dans les maladies; c'est le travail que j'entreprends.

L'*atropa belladona* doit être cueillie au moment de sa floraison; toute la plante, bien nettoyée d'impuretés, est pilée, pressée, et le suc en est mélangé avec partie égale d'alcool du commerce; on laisse reposer ce mélange jusqu'à ce que la partie féculante se soit précipitée; alors on décante et l'on filtre; la liqueur claire porte la dénomination de *suc de belladone*, bien qu'elle soit une sorte de teinture. Ce suc est amené par des dilutions successives jusqu'à la décillionième puissance, qui doit porter dans les prescriptions le chiffre romain X, ou le chiffre arabe 30.

Le moindre quantité d'une goutte de cette solution, appliquée homœopathiquement, suffit pour enlever les symptômes aigus. HAHNEMANN enseigne que les effets de cette substance se font apercevoir trois semaines encore après son administration.

On en corrige l'abus par l'emploi des antidotes suivans: si le malade paraît atteint de paralysie imminente ou partielle, ou bien s'il se plaint de coliques abdominales qu'on doive rapporter au remède, on administrera l'*opium*, qui fera aussi disparaître la somnolence. Si le patient donne des marques de stupeur, de délire, de rage, la *jusquiame* ramènera le calme dans ses sens; s'il est tombé dans l'ivresse, c'est avec du *vin* qu'on lui rendra la solidité des jambes et des pensées. Si l'administration de la *belladone* n'a pas été homœopathique, s'il survient du frisson, de la céphalalgie, on enlèvera ces symptômes avec la *pulsatille*.

Dans les empoisonnemens avec les baies de *belladone*, il faut avoir recours à une grande quantité de *café* bien fort, qui détruit antipathiquement la stupeur et les spasmes tétaniques, et finit par amener le vomissement des baies, qu'il faut d'ailleurs favoriser en titillant la gorge avec les barbes d'une plume.

Le gonflement érésipélateux produit par la *belladone* requiert l'emploi de quelques doses de *sulfure de chaux*, ou de *mercure soluble*.

Enfin, le *camphre* est un antidote aussi prompt que certain de tous les accidens que je viens d'indiquer; il a l'avantage, par dessus tous les autres, d'être presque toujours à la portée des assistans et des parens du malade; circonstance importante dans les cas d'empoisonnement.

L'observation suivante trouve ici sa place naturelle.

Première observation. — L'enfant H. C., âgé de cinq ans et demi, fut saisi, à six heures environ du soir, d'un violent mouvement de fièvre, immédiatement accompagné de délire; on l'amena de la campagne à la ville, et je fus appelé à neuf heures du soir.

Je trouvai l'enfant couché et endormi; la face très rouge, et les traits grimaçans; le pouls était plein, fort et très fréquent. Je le réveillai; les yeux étaient vifs et brillans; la parole était brève, la voix haute, la soif considérable, toute la peau très chaude. Jadis j'eusse certainement fait une saignée, ou appliqué des sangsues; c'était donc aujourd'hui l'indication de l'*aconit*, que je donnai. Après quelques heures de délire et d'excitation, la fièvre diminua, et la seconde moitié de la nuit fut passablement bonne.

Le lendemain matin, l'action de l'*aconit* étant terminée, et la tête de l'enfant étant encore un peu embarrassée, quoique la fièvre fût moins intense, je songeai à lui donner un granule de *belladone;* mais la mère s'y opposa et me demanda de prescrire une potion. Je fis alors mélanger *bell.* X *gutta j* dans deux onces d'eau édulcorée, dont on dut donner à l'enfant une cuillerée à café; deux heures ne s'étaient pas écoulées que le malade avait totalement perdu la connaissance, sans qu'il fût possible de le réveiller; appelé auprès de lui, je lui trouvai le teint terreux, le corps et les extrémités froides, les yeux mi-clos et complètement ternes; les seuls signes d'existence étaient un remuement automatique sur le dos, et une sorte de grognement guttural. Il n'y avait à hésiter ni sur la cause de cet accident, ni sur le remède; une goutte de *camph.* I, versée sur du sucre, fut mise dans la bouche du malade, qui reprit presque instantanément la connaissance, et se trouva complètement guéri, ne conservant qu'un peu de faiblesse, produit probable de la fièvre préalable: aucun autre remède ne fut administré, et depuis quinze mois, aucun symptôme de mal ne s'est montré chez H. C., dont la tendre enfance avait été très orageuse.

Cette observation me paraît offrir cet autre point de pratique intéressant, que le mélange d'une goutte de solution avec de l'eau ne délaie pas la première de manière à diminuer d'autant son action, mais qu'au contraire il multiplie celle-ci dans la proportion de la multiplication des points de contact avec l'estomac; dans ce cas-ci, ce n'est pas une goutte d'*alcool belladoné* qui s'est noyé dans deux onces d'eau; ce sont deux onces d'*eau belladonée* sur lesquelles a été prise une cuillerée, dose beaucoup trop forte, comme on l'a vu, pour le jeune malade. En donnant cette petite leçon de pratique, je dois ajouter qu'alors j'étais un homœopathe débutant, et que le fait ne s'était point encore offert à mon expérience. Mon exemple apprendra à mes honorables con-

frères avec quelle prudence un pareil remède doit être manié.

La *belladone* convient très particulièrement au jeune âge, de même que la *noix vomique* est le remède spécifique d'une multitude d'affections aiguës et chroniques de l'âge adulte; et il est très remarquable que cette observation pratique concorde entièrement avec les altérations que la *belladone* produit sur l'*esprit* des adultes, chez lesquels elle amène toutes les dispositions mentales de l'enfance, comme le prouvent les symptômes 650-690 de la *Materia medica pura*. En homœopathie, toutes les circonstances pathogénétiques et thérapeutiques s'étayent mutuellement, parce que le principe homœopathique est vrai, certain, durable, naturel, susceptible de la démonstration logique et expérimentale la plus rigoureuse; tandis que tous les autres principes théoriques proposés par les prédécesseurs de HAHNEMANN sont hypothétiques, incertains, accidentels, et ne sont jamais applicables avec un succès complet à l'ensemble des infirmités humaines.

Ce qui distingue plus particulièrement l'*enfance* des autres âges, c'est la grande susceptibilité, irritabilité même des systèmes nerveux et circulatoire, dont l'union, comme chacun sait, est intime, et qui sont toujours dans l'état de réaction mutuelle le plus complet et le plus permanent. Il en résulte que les maladies de cet âge offrent le plus souvent le caractère et le type d'inflammations, et que c'est particulièrement le cerveau qui en est le siége.

Or, on retrouve dans les symptômes pathogénétiques de la *belladone* cet état physiologique et pathologique du jeune âge : cette exaltation de sensibilité, cette excitation du système circulatoire, ces congestions, ces affections, ces inflammations du cerveau et de presque toutes les autres parties du corps. On peut donc, à l'aperçu de ces symptômes, présumer que cette substance doit avoir une action homœopathique curative dans les maladies de la tête, du cerveau, principalement dans celles qui ont un caractère inflammatoire, et en particulier chez les enfans. L'expérience est venue confirmer ce que la théorie promettait à ce sujet, et c'est dans le détail des applications que je vais entrer maintenant.

MÉNINGITE, HYDROCÉPHALE AIGUE. — L'une des maladies les plus fréquentes des enfans est celle que chacun connait sous le nom d'*hydropisie du cerveau;* elle se compose de trois périodes ou stades, savoir : d'irritation, d'inflammation, de sécrétion séreuse. Pendant la première, l'enfant donne des marques tantôt d'irritabilité excessive, par des mouvemens brusques ou désordonnés, des actes exagérés de volonté, des marques de vive contrariété, une alimentation capricieuse, irrégulière, etc.; tantôt d'apathie, d'insensibilité, de langueur, de mollesse, avec pâleur et amaigrissement. Les enfans doués d'une extraordinaire et d'une rare capacité laissent soupçonner au médecin clairvoyant qu'ils sont menacés tôt ou tard de méningite; car cette capacité est certainement due à une surexcitation du cerveau et de ses enveloppes, y compris l'appareil circulatoire qui les parcourt et les pénètre.

Les symptômes de ce premier stade correspondent exactement à ceux de la *bellad.* (*m. m. p.*) 10-38; aussitôt donc que le médecin aura acquis la certitude de leur existence, il administrera *bell.*, et en dose d'autant plus petite que l'enfant sera ou plus jeune, ou plus irritable. Dans les cas favorables, il verra par ce moyen cesser tout cet appareil menaçant, et l'enfant revenir à la santé sans autre médication.

Je dis *dans les cas favorables*, parce que je crois que la *méningite hydrocéphalique* est rarement une maladie aiguë dont le médecin voit le commencement et la fin; je pense qu'elle est une affection inflammatoire constitutionnelle, une conséquence d'un psorisme latent; je suis d'opinion que si, chez tous les enfans menacés, même de loin, de méningite, on pouvait à volonté procurer une éruption considérable, soit de boutons, soit de grandes plaques rouges, on les ferait échapper à cette maladie, ou, tout au moins, au danger qu'elle leur fait courir. Mais ce résultat heureux, soit qu'on le cherche avec *sulf.*, *calc.*, soit qu'on le poursuive avec *bell.*, *rhus*, etc., on n'est pas toujours *sûr* de l'amener; ce n'est ni le raisonnement, ni la substance médicamenteuse qui manque au médecin, c'est l'organisme de son malade qui ne réagit pas suffisamment; d'où résulte la marche continue de la maladie.

Le second stade, celui d'*inflammation*, se caractérise par la rougeur et la chaleur de la face, de la tête et même de tout le corps, avec fréquence et force du pouls; alors le sujet se plaint d'un mal de tête violent et continu, qui se fait surtout sentir au-dessus des yeux, comme si un poids déprimait le front avec douleur, cette céphalalgie va toujours en augmentant et gagne l'intérieur de la tête recouvert par les pariétaux, que l'enfant serre avec les mains, ou bien où il dit, lorsqu'il sait rendre compte de ses sensations, qu'il éprouve une douleur violente de dedans en dehors, comme si le cerveau devait éclater en ce sens. — Ces symptômes sont exactement produits (39-79) par la *belladone*.

La tête est quelquefois très sensible à l'extérieur; on ne saurait en toucher les cheveux sans exciter les plaintes du malade. Les yeux se refusent à voir la lumière, et les pupilles se contractent lorsqu'ils y sont exposés; symptômes 85—98.

Cet exposé rapide suffit pour indiquer l'utilité de la *belladone* dans ce second stade.

Deuxième Observation. La petite Weber, âgée d'environ dix-huit mois, me fut apportée présentant presque tous les symptômes du second stade de la peau, chaleur et rougeur de la face, photophobie, contraction des pupilles, agitation continuelle, pleurs et gémissemens incessans, nulles. Je lui donnai une dose de *bell.*; et recommandai qu'on lui laissât boire de l'eau fraîche (prescription qui me réussit dans toutes les phlogoses); le lendemain, tous les symptômes étaient amendés; il ne restait qu'un peu de fièvre et de chaleur, qu'une seule dose d'*aconit* fit disparaître. L'enfant reprit et garda sa santé. Ce traitement a été plus surprenant par la promptitude de sa réussite que par la gravité des symptômes; je ne doute cependant pas qu'ils n'eussent acquis un haut degré d'intensité, qu'ils ne fussent peut-être même devenus mortels, sans la promptitude et l'efficacité des secours.

Troisième Observation. — La petite Durr, âgée de deux ans et demi, était depuis un mois en traitement antipsorique pour un engorgement des ganglions cervicaux et de la membrane du nez, avec rougeur et suintement des oreil-

les, lorsqu'au 10 juillet 1833, elle me fut présentée ayant de l'assoupissement, la bouche chaude, perte d'appétit, constipation, endolorissement général; elle pleurait, gémissait sans cesse, et ne voulait pas quitter les bras de sa mère; le pouls était fortement accéléré et les yeux brillans, quoique l'enfant se refusât à se tourner du côté de la lumière. Je prescrivis une goutte solution X de *bell.* dans deux onces d'eau, dont on donna une seule cuillerée à café. Cette enfant étant moins irritable que H. D., dont on a lu l'histoire plus haut, on ne vit pas se développer chez elle les symptômes narcotiques; mais la fièvre et le mal en train diminuèrent, et la petite malade reprit de la connaissance et presque de la gaîté. Alors l'affection inflammatoire parut quitter la tête pour se porter à la poitrine, qui s'embarrassa; il se manifesta de la toux, de l'enroucment, avec impossibilité de cracher.

Je prescrivis une goutte de solution homœopathique de *tard. stib.* III dans une once d'eau, pour en donner une cuillerée à café toutes les deux heures; ce remède fit merveille; la nuit fut excellente; les crachats vinrent naturellement, et le lendemain, 13 juillet, je trouvai la malade beaucoup mieux. Cependant le catarrhe n'était pas encore détruit; la potion stibiée dut être continuée jusqu'au 15, où un redoublement de fièvre me fit donner avec succès *acon.*, que je fis suivre le lendemain matin du *bry.*, qui dégagea la poitrine; le soir, ayant aperçu de nouveaux symptômes de méningite, je donnai *bell.*, qui termina la maladie.

Je dois ajouter que les symptômes décrits ci-dessus en peu de mots, étaient si intenses, et l'apparence du danger si grande, que la mère de l'enfant n'a pas cessé d'être, jusqu'à la fin de la maladie dans des transes mortelles, tenant la malade dans ses bras, ou la couvant des yeux, jour et nuit, redoutant sans cesse de la perdre d'un instant à l'autre.

Je dois pourtant avouer que je n'ai pas toujours été si heureux, et que dans plusieurs cas de méningite hydrocéphalique confirmée, j'ai eu le chagrin de perdre les malades, bien que j'apportasse à leur traitement toute l'attention dont j'étais capable. Malgré cela, je suis tenté de croire que, dans ces occasions, j'ai manqué à quelque point de médication homœopathique, car mon confrère et ami le docteur Muller a eu des succès que je vais rapporter.

Quatrième Observation. — Un enfant rachitique, âgé de quatre ans, fut saisi, en septembre, d'une fièvre accompagnée de céphalalgie violente, dont les paroxismes avaient lieu le soir et la nuit, avec prostration complète des forces, et abattement général des fonctions de l'organisme; ensorte qu'on ne pouvait pas douter que l'enfant ne fût atteint d'*hydrocéphale aiguë.* M. Muller donna une goutte de *bell.* VIII.

Dans les premières vingt-quatre heures, tous les symptômes empirèrent; mais au bout de deux jours, l'amélioration devint évidente, et sans autre remède, la maladie céda, tandis que l'affection rachitique diminua; ensorte que l'enfant, à ce dernier égard, se trouva mieux qu'avant l'emploi du remède.

Cinquième Observation. — Un enfant de trois ans, de forte constitution, mais dont une sœur avait succombé à une *hydrocéphale aiguë* et l'autre en avait été atteinte, fut saisi d'une fièvre violente, et d'une céphalalgie, dont l'enfant indiquait la région frontale comme étant le siége. Dans un autre temps, le docteur Muller aurait appliqué des sangsues et donné du calomel; maintenant il donna une dose de *bell.* pareille à celle qu'on vient de lire, et il eut, après deux jours, la joie de voir l'enfant guéri.

Sixième Observation. — Une enfant de dix-huit mois, qui jusque-là n'avait eu d'autre maladie qu'une coqueluche, mais dont une sœur avait déjà été atteinte *d'hydrocéphale aiguë*, fut prise, le 30 novembre, de chaleur avec fièvre, et abattement soporeux. Le 2 décembre, agitation des extrémités gauches avec grincement de dents. Le 5, dans la nuit, état semblable à l'asphyxie, avec froid glacial du côté gauche.

Le 6 au soir, à la première visite du médecin, yeux clos, même quand on lui parle et qu'on la met sur son séant; décubitus immobile, gémissemens continuels; pâleur de la face, traits affaissés; peau chaude et sèche (un peu de sueur ne s'était montrée qu'au début de la maladie, et à l'occiput seulement); narines sèches depuis la veille; respiration courte et précipitée; après douze inspirations il en succède environ six plus lentes; pouls fréquent, vif, dur, plus forte à droite qu'à gauche, puis alternant; langue humide; l'enfant boit lorsqu'on la met sur son séant, et qu'on place le verre entre ses lèvres; mais bientôt elle laisse retomber sa tête; jactation des extrémités gauches; motilité facile des extrémités droites, qui restent calmes dans les draps; le ventre n'est pas contracté, et semble douloureux au toucher; l'urine et les selles sortent involontairement, et la malade ne s'en plaint pas; toux assez fréquente et peu rude. L'enfant n'entend rien, ne demande rien, ne parle pas.

A 7 heures du soir, elle reçut une goutte de *bell.* VIII; cinq heures après survint une diarrhée glaireuse tous les quarts d'heure; elle dura jusqu'au matin; chaque évacuation était précédée d'abord d'agitation des pieds et des mains, puis de mouvemens, de torsion et de cris. L'état soporeux avait continué; cependant l'enfant avait prononcé quelques mots, appelé ses parens, et ouvert la bouche pour boire chaque fois qu'on l'avait touchée.

A 6 heures du matin, le 7, elle ouvre les yeux pour la première fois; mais le gauche ne fait que s'entr'ouvrir. Un accès de toux d'une demi-heure se termine par l'expulsion d'une quantité de mucosité très consistante.

A huit heures, elle paraît reprendre la connaissance; elle regarde autour d'elle, comme pour reconnaître les objets. Le nez est redevenu humide; la tête retombe encore, l'enfant mord la tasse en buvant; la respiration est modérée; les extrémités gauches ne se contractent plus, mais la malade rejette encore avec elle les couvertures du lit; le pouls est moins fréquent et moins sec, mais il est encore inégal aux deux bras; les yeux sont nets, les pupilles dilatées. Un peu de biscuit trempé dans l'eau, puis un peu de bouillon de viande plaisent à l'enfant qui manifeste un bon appétit.

L'après-midi, paroxisme fiévreux, rougeur de la face, diarrhée et lamentations, pupilles dans l'état normal. Après minuit, elle dort sept heures de temps.

Le 8, l'état empire; la diarrhée et les gémissemens recommencent, après rétraction de la bouche et contraction

du front ; rougeur passagère de la joue gauche ; jactation continuelle des extrémités gauches ; pouls égal encore fréquent ; peau sèche. Un cataplasme sur le ventre n'apaise pas ces tourmens.

Vers le soir, cet état empire encore ; on donne comme remède une goutte *cham.* IV ; elle est suivie d'une selle verte et d'un sommeil qui commence à onze heures.

Le 9, une seule évacuation de mucosités jaunâtres, sans lamentations, sans contractions musculaires, sans jactation des extrémités ; décubitus calme ; la malade ne peut ni boire ni manger ; la respiration est courte et le pouls agité. Le soir, chaleur, rougeur à la face ; peau humide sans soulagement.

Le 10, dans la nuit précédente, l'agitation, la diarrhée verdâtre avec gémissemens, ont reparu ; la malade repousse les couvertures, elle ne prend aucun aliment, la peau est sèche, la toux spasmodique augmente, la respiration est mauvaise, le nez a pris une rougeur particulière. — La malade reçoit une seconde goutte *bell.* X.

Déjà à midi, le même jour, la respiration était plus libre ; et elle avait pu rester un quart d'heure assise, sans laisser retomber sa tête. Le soir, calme, peu de jactation, point de paroxisme et point de sueur ; une selle liquide, et un accès de vomissemens après la toux ; sommeil jusqu'à minuit.

A cette heure-ci, le 11, agitation, huit selles verdâtres accompagnées de gémissemens, écartement des couvertures avec les deux jambes.

Le matin, le pouls est sans fièvre, la peau sèche, la respiration, les yeux, la face et le nez dans l'état naturel. La malade peut soutenir sa tête, elle jouit de ses sens, mais devient capricieuse (signe favorable dans les maladies des enfans) ; elle demande tantôt d'être portée çà et là, tantôt d'être couchée ; elle indique l'arrivée des évacuations, qui deviennent rares et indolentes ; elles découvre volontiers ses pieds ; les mains sont tranquilles ; elle reprend le goût du manger et du boire, la toux est encore fatigante, et la langue est couverte vers sa racine.

Le 12, sommeil calme et sans exacerbation ; aussitôt réveillée, la malade demande à manger, se fait porter dans la chambre, soutient sa tête, et a les caprices d'un enfant indisposé ; les selles deviennent plus rares et passant au jaune ; la peau reprend le coloris de la vie, et une légère moiteur. La malade peut être regardée comme convalescente.

Le 14, elle mange de la viande, boit de la bière, dort paisiblement, a des selles naturelles, plus de force et moins de caprices. Elle ne prend plus de remèdes, et n'a point eu de rechute.

Septième observation. — Le docteur KAMMERER a guéri avec *bellad.*, une hydrocéphale des ventricules, dans laquelle les convulsions avaient amené l'opisthotonos, et où un état de stupeur apoplectique, sans aucune connaissance, alternait avec l'emportement presque furieux, et les cris, que paraissait occasioner une violente douleur de ventre. Une seule goutte de *bell.* X enleva rapidement tous ces symptômes, et rétablit la santé de la malade.

Huitième observation. — RUMMEL a guéri en sept jours, avec *bell.*, *acon.* et *cham.*, un cas très grave où s'observait dilatation des pupilles, somnolence, convulsions cloniques et opisthotonos, vomissemens, strangurie, impossibilité de soutenir la tête, cri encéphalique, froid des extrémités.

Le troisième stade de la méningite hydrocéphalique, dont il me reste à parler, se montre par la perte de connaissance, la dilatation des pupilles, même à la lumière la plus vive, le strabisme, le cri encéphalique connu des médecins, les mouvemens automatiques, ou les convulsions plus ou moins fortes, alternant avec l'immobilité, la paralysie de la vessie, ou l'évacuation de l'urine, sans que la malade en ait connaissance ; puis enfin les sueurs abondantes, surtout à la tête et la face, qui, chaudes d'abord, deviennent froides et annoncent la mort prochaine.

Dans cet état, malgré l'*observation* de RUMMEL, on ne peut que difficilement attendre quelque secours de la *belladone ;* je doute même fort que la *digitale* ou le *mercure*, qui sont recommandés, soient suivis de succès ; je n'ai du moins pas eu le bonheur de le voir. Sans doute même alors on ne doit pas abandonner les enfans malades, mais on ne doit pas se flatter de réussir auprès d'eux ; il est difficile, en effet, de concevoir que la résorption même complète d'une quantité de sérosité, qui va quelquefois jusqu'à huit onces et au-delà, puisse permettre le retour normal des fonctions du cerveau, qui a été si prodigieusement distendu et dilaté par le liquide.

Terminons par quelques remarques générales sur les signes de la méningite.

Un front très élevé, très saillant, paraît être chez les enfans une prédisposition à l'inflammation encéphalique, et mérite, de la part du médecin, une attention spéciale dans les maladies de cet âge, susceptibles du développement de cette irritation, afin de l'arrêter par les moyens dont il dispose. On peut encore redouter cette phlogose chez les petits enfans qui, après le sevrage, crient, s'agitent, se jettent d'un côté et d'autre, refusent la nourriture et appellent la boisson ; cet état est très certainement enlevé et bientôt guéri par la moindre dose de *belladone.*

chez les enfans à la mamelle, qui refusent subitement le sein, et cessent de rejeter le lait qu'ils ont pris peut-être en trop grande quantité, un globule de *belladone* ramène la santé ; dans ce cas, l'encéphale était très proche d'être atteint de méningite.

Un excellent indice pour l'emploi de la *belladone* chez le jeune âge atteint ou menacé de *meningite*, c'est le mouvement perpétuel de la tête sur son axe ; c'est encore l'extrême irritabilité de l'enfant qui ne peut supporter aucun bruit ; ce sont les battemens visibles des artères de la tête et du cou, et les congestions veineuses ; ce sont des yeux rouges, ardens, un regard hagard, mal assuré ; c'est l'horreur de l'eau, accompagné ou non de fièvre. (HARTMANN.)

Mais ce n'est pas seulement chez les enfans que les affections du cerveau ont reçu de la *belladone* une modification avantageuse ou même la guérison ; on peut heureusement citer plusieurs observations propres à démontrer, qu'à tout âge ce remède est favorable contre cette classe de maladies.

Neuvième observation. — L'observation qui suit est du célèbre et pur homœopathe SCHUBERT.

Un homme d'environ cinquante-neuf ans, constitution faible, coloris pâle, tempérament phlegmatico-sanguin, souffrait depuis dix-huit ans, tous les printemps et tous les

automnes, d'une fièvre catarrhale très forte. En mars, il en fut de nouveau atteint, et traité par un médecin allopathe qui ne lui épargna pas les remèdes, malgré lesquels, ou à cause desquels le malade allait de pis en pis. Après dix jours d'alitement, et sentant que son état était fort dangereux, il voulut avoir recours à l'homœopathie, et demanda le docteur SCHUBERT, qui le trouva dans l'état suivant :

Assoupissement, paupières closes, ronflemens, rêves continuels, carpologie, soubresauts des tendons, mouvement perpétuel de la mâchoire inférieure, mastication, écume sur les lèvres, agitation de la tête d'un côté à l'autre; de légères secousses, ou même le son de la voix dans son voisinage le réveillent; et nonobstant sa faiblesse et l'embarras de sa tête, il reprend instantanément connaissance, et s'entretient sans désordre avec la personne qui lui parle; en même temps que l'assoupissement, disparaissent tous les symptômes ci-dessus désignés, mais ils reparaissent avec lui, si l'on interrompt la conversation; — face hippocratique, yeux ternes avec coloration en jaune de la conjonctive; — ouïe extraordinairement subtile, quoiqu'il fût atteint de dyœcie dans l'état sain antérieur; — aphthes sur les lèvres et dans toute la cavité buccale; — anorrexie absolue; — soif modérée; — hoquets après avoir pris la moindre nourriture, ou après la boisson; — constipation depuis plusieurs jours; — urine d'abord jaune-paille, puis trouble avec un sédiment briquetté; — peau molle, douce et moite; — dyspnée; toux modérée avec peu de crachats de mucosité tenace, difficiles à expectorer; — dépression des facultés mentales.

Tous ces symptômes, excepté les aphthes, correspondent à ceux de la *belladone* (*Mat. med. pur.* vol. 1). SCHUBERT l'aurait immédiatement administrée, si le malade n'eût auparavant pris le *kina* en fortes doses; voulant en neutraliser l'effet, il donna d'abord une demi-tasse d'infusion légère de *café* rôti, qui, au bout de quelques heures, agit fortement sur le malade, qui n'y était point accoutumé. Puis il prescrivit le *camphre*, dont il fit flairer au malade la solution alcoolique. Au bout de deux heures, il employa l'*ipecac.* comme autre antidote de *kina*, à la dose d'*une goutte* I. L'action en fut complète, et au bout de quatre heures, savoir à six heures du matin, se croyant assuré de la cessation de l'activité du *kina*, il donna au malade *une goutte bell.* X, qui est au reste aussi un antidote du *kina*.

Dans les douze premières heures, on vit se développer les symptômes primitifs de la *belladone;* le second jour, se manifesta l'amélioration, qui alla croissant chaque jour. Dès la seconde nuit, le sommeil fut calme; les symptômes qui accompagnaient l'assoupissement disparurent; l'appétit revint de jour en jour, ensorte que le quatrième jour, où il sortit pour quelques heures de son lit pour la première fois, le médecin lui permit la bière, et une alimentation légère de graines cuites dans le bouillon et d'œufs mollets; chaque jour il eut une selle naturelle; les aphthes disparurent; l'acuité de l'ouïe cessa et l'oreille redevint dure.

SCHUBERT laissa *bell.* agir douze jours sans interruption et avec le plus heureux succès; à cette époque, l'amélioration ne faisait plus de progrès, et l'état du malade était :

Toux modérée, une heure après le repas, avec crachats muqueux, qui ne se dissolvent pas facilement; enflure du pied jusqu'au-dessus des malléoles, qui augmente beaucoup pendant le jour et diminue la nuit; dyœcie; sécheresse du nez; faiblesse de corps et défaut d'entrain, qui ont pourtant beaucoup perdu du degré auquel il étaient parvenus. SCHUBERT donna *bry.* V, une goutte, et prescrivit un régime analeptique. — L'enflure céda en six jours, la toux diminua chaque jour, et les crachats devinrent moins tenaces; l'ouïe se rétablit, le nez s'humecta; les forces revinrent, l'esprit recouvra sa gaîté. Après quatorze jours d'action de *bry.*, SCHUBERT répéta la dose ci-dessus de *bell.*, et eut la joie, revoyant le malade au bout de deux semaines, de ne plus trouver trace de la maladie; de plus, pour la première fois, l'hiver se passa sans que le malade fût atteint d'affection catarrhale.

Cette observation n'est pas seulement précieuse sous le point de vue des bons effets à attendre de la *belladone*, mais encore parce qu'elle enseigne la vraie marche de la pratique homœopathique, et la convenance d'attendre la fin de l'action d'un remède, pour en pouvoir apprécier les résultats et juger l'effet; en même temps, il devient démontré que rien n'est plus inutile, pour la guérison des maladies les plus graves, que la polypharmacie allopathique.

Dixième observation. — Un homme de trente ans environ, de forte constitution, et de tempérament cholérique, reçut un violent coup de froid, et tomba subitement très malade, avec frisson, chaleur passagère, angoisse, agitation, douleurs térébrantes et lancinantes dans la tête et dans les yeux. Une boisson chaude, destinée à procurer de la sueur, fut inutile; le malade se trouva d'heure en heure plus mal; de nouvelles incommodités se joignirent aux précédentes, et le 12 janvier 1822, second jour de la maladie, SCHUBERT fut appelé, et reconnut ce qui suit :

Il ne peut fermer l'œil de la nuit, se plaint, dès qu'il s'assied, de vertige, et tombe souvent dans un délire violent; il tempête, crie, veut sortir de son lit et oppose la plus vive résistance à ce qu'on l'y maintienne; il s'y tourne et retourne sans cesse et ne peut souffrir les couvertures; — dans les momens lucides, il se plaint d'embarras de la tête et de lourdeur, de plénitude et de cruelles douleurs brûlantes, ou gravatives, ou lancinantes alternativement dans la même partie; — son regard est hagard, et ses yeux, qui roulent sans cesse dans leurs orbites, sont douloureux, rouges, et ne peuvent supporter la lumière; les pupilles sont contractées, et il voit sans cesse des étincelles et des flammes; — l'ouïe est extrêmement fine et sensible; et le malade entend des sons et des tintemens; — la face est chaude et rouge, recouverte d'une moiteur visqueuse; — il sort de temps en temps du nez quelques gouttes de sang; — pouls précipité, dur, nerveux; — peau sèche, rouge, chaude et tendue; — respiration anxieuse, sanglotante, quelquefois interrompue; voix rauque; langage difficile; — lèvres rouges; chaudes et sèches; cavité buccale rouge et sèche; langue d'un rouge foncé, recouverte d'une mucosité rare et tenace; — soif ardente; — sensation spasmodique d'étranglement au gosier; efforts répétés pour avaler; complète inappétence; dégoût vis-à-vis de toute espèce d'aliment; — nausées et vomissemens bilieux et muqueux; — hoquets; — constipation; — urine rouge brûlant l'urèthre à son passage.

Le tableau qu'on vient de lire se trouve exactement tracé dans celui des symptômes que produit la *belladone* (*Mat.*

med. pur.) ; SCHUBERT en donna sur-le-champ une goutte X, dans une petite cuillerée d'eau ; il prescrivit pour boisson de l'eau panée, et pour aliment, une soupe à l'eau lorsque le malade la demanderait ; l'air de la chambre devait être rafraîchi et maintenu frais, le volet fermé, et tout bruit être soigneusement évité.

Au bout de douze heures, le soir, il y avait déjà une grande amélioration ; les douleurs de la tête et des yeux avaient diminué ; la nuit amena un sommeil de quelques heures ; et le lendemain matin, le malade se trouva mieux d'une manière surprenante ; il jouissait de sa connaissance entière, ne se plaignait, quant à la tête, que de faiblesse, d'embarras et de pesanteur ; les yeux avaient cessé d'être hagards, mobiles, rouges, ils supportaient la lumière, les pupilles se dilataient, et le malade n'apercevait plus d'étincelles. Tous les symptômes ci-dessus exposés (dont j'abrège l'énumération) étaient adoucis.

La seconde nuit fut meilleure encore que la précédente, et le troisième jour 14 janvier, le malade voulait se lever, ce que SCHUBERT ne permit pas, quoique la guérison eût fait des pas de géant.

Le 15 et le 16, le mieux persista, le corps se couvrit de sueur, l'urine se troubla et déposa un sédiment blanchâtre ; le 17, le malade sortit de son lit, sans fièvre ; comme la langue restait blanche, l'appétit léger, que les selles ne venaient que tous les deux jours, SCHUBERT donna une goutte de *bry.* V, et au bout de peu de jours, le malade fut dans l'état le plus parfait de santé.

Ch. G. PESCHIER, *docteur.*

(*La suite au numéro prochain.*)

NOTE

SUR LA PRÉPARATION ET L'ACTION DES MÉDICAMENS (1).

Le mot *Médicament*, selon la définition que nous en avons donnée, embrasse la nature presqu'entière, *tout ce qui, appliqué à l'économie animale, peut produire une mutation organique sensible, créer un état normal au pathologique.* Les substances alimentaires peuvent seules être exceptées, et cette exception ne saurait même être totale (2).

Mais les divers corps de la nature, quel que soit le règne duquel on les tire, ne sont point employés dans leur état brut et primitif ; pas plus dans la thérapeuthique homœopathique que dans l'allopathique ; l'une et l'autre veulent qu'ils aient subi des préparations.

L'homœopathie, plus scrupuleuse, plus difficile dans ses choix, ne veut que des médicamens frais, autant que possible, dans leur état de pureté la plus grande, capables de produire une action uniforme, et qu'on puisse reproduire semblable à elle-même, toutes les fois qu'on se replace dans des conditions semblables ; elle n'a qu'un mode unique de préparation, invariable et applicable à toutes les substances possibles.

L'allopathie en a admis un nombre indéfini et souvent de fort bizarres. Ils ont varié selon les temps et les perfectionnemens de l'art du chimiste, et selon les indications et les vues plus ou moins exactes que voulait atteindre le médecin.

Notre but n'est point de vous entretenir de ces divers modes de faire, partie déjà surrannés et partie encore usités dans les pharmacies, mais de traiter de celui qu'a inventé le docte fondateur de l'homœopathie.

N'est-il pas un des plus beaux fleurons de sa couronne, ce mode admirable qui est applicable à tous les cas, à toutes les substances ; qui d'un seul coup renverse tout l'art du pharmacien et met en défaut, par les résultats qu'il donne, toutes les théories des chimistes, des physiciens et des physiologistes ? Ils restent étonnés devant les faits, sans pouvoir s'en rendre compte, sans se les expliquer.

C'est sur ces résultats que nous fixerons surtout votre attention ; nous la réclamons pour quelques instans, ainsi que toute votre indulgence.

Hahnemann, après la découverte du principe homœopathique, n'en fit l'application à la thérapeutique qu'avec la plus grande réserve et non sans crainte de porter des coups trop violens, funestes même pour le malade. Il sentit d'entrée que pour user de médicamens dont l'action va directement à la partie qui souffre le plus, dans un état pathologique donné, il fallait nécessairement réduire les doses, et de cette nécessité naquit toute la pharmacopée homœopathique.

On sent aisément qu'il n'est pas arrivé d'un seul saut aux doses infinitésimales, et que son mode admirable de réduire tous les médicamens à de petits globules saccharins n'est pas venu du premier jet. De longs tâtonnemens, des essais nombreux, une attention infatigable et une sagacité infinie, ont pu seuls enfanter de tels prodiges. La marche de Hahnemann le prouve ; suivons-le quelques instans.

Persuadé que le feu et l'ébullition altèrent d'une manière notable tout ce qui est soumis à leur action, notre savant proscrivit d'abord tous les extraits, robs, sirops, conserves, etc., usités dans les officines, et il réduisit tous les végétaux à l'état de teinture. Pour les uns il prit le suc frais qu'il coupa avec partie égale d'alcool, et pour les autres il les réduisit en poudre et les fit macérer dans le même liquide. Les doses furent alors de quelques gouttes et souvent d'une seule.

L'action inespérée, étonnante même, de quantités déjà d'une petitesse ridicule pour l'allopathie, créa la nécessité de nouvelles réductions. Il fallut fractionner les gouttes ; de là les atténuations.

Elles ne furent d'abord, pour leur auteur, qu'une manière de division fort commode et toute naturelle ; mais il ne tarda pas à voir qu'il s'y passait quelque chose de plus. Une goutte de teinture dans cent gouttes d'alcool, puis une goutte de ce mélange dans cent autres gouttes d'alcool, furent les

---

(1) Mémoire lu à la Société homœopathique gallicane, dans la séance du 7 septembre, à *Lyon.*

(1) Voyez le même article.

premières, et elles eussent été les dernières s'il ne se fût rien passé d'extraordinaire et d'inespéré par l'effet du procédé.

Un dix-millième de goutte n'était, de fait, pas grand'chose, il ne pouvait avoir d'action sensible sur le bassin d'une balance ; cependant il en conservait une bien marquée, souvent même trop forte sur l'économie animale, et des divisions plus élevées montrèrent jusqu'à l'évidence que la diminution de force n'était point en raison directe de la réduction de quantité. Au contraire, la perspicacité de Hahnemann lui apprit que la force active se développait, et qu'elle augmentait par le fait des dilutions, plutôt en raison directe de la somme de frottemens qu'éprouvaient les molécules du liquide entre elles, en raison du nombre de secousses qu'on imprimait à la masse, dans le but d'avoir un mélange exact, un tout homogène.

Nonobstant le fait du développement de force par les atténuations, elles furent continuées et portées jusqu'à la 30me et même à la 40e puissance du 1/100. On crut y trouver une force plus pure, donnant des effets plus dégagés des chocs que produisent les réactions tumultueuses de l'organisme : et c'est sous l'influence de ces idées que nous les continuons encore.

Chose faite fut toujours facile, et cette grande découverte le paraîtra plus qu'aucune autre, à raison de sa simplicité et de sa marche toute naturelle ; mais cette simplicité, loin d'en affaiblir le mérite, ne doit, à notre avis, que la faire priser davantage. Si la force naturelle des choses, un simple besoin de réduction de doses, ont conduit, sans qu'il s'en doutât, Hahnemann à un ordre de faits nouveaux, à la découverte du développement de la force active d'un médicament par le frottement moléculaire à l'état liquide, peut-on donner la plus petite part au hasard dans l'application du principe découvert, aux métaux, aux terres ; aux poussières insolubles, à tous les corps que l'eau, l'alcool ni l'éther ne sauraient dissoudre ?

L'analogie a pu le conduire dans ses premiers pas ; on conçoit comment du frottement par secousse il est arrivé au frottement dans un mortier. Mais on conviendra qu'il a fallu une grande habitude d'observation, de l'habileté, des essais nombreux et des expériences variées à l'infini pour arriver :

1° A trouver un excipient inerte, chez lequel la préparation ne développât aucune force médicamenteuse, et qui ne fût qu'un récipient capable de recevoir et de retenir pure la force active de la substance qui serait triturée avec lui.

2° Pour constater, par l'application à l'économie animale, le développement effectué.

Des milliers d'expériences ont montré que le sucre de lait remplissait au plus haut degré les conditions cherchées, et il a servi depuis à faire les atténuations par la voie sèche et le frottement de la même manière que l'alcool pour celles qui se font par la voie humide. H. mit un grain du métal, de la terre, etc., qu'il voulut préparer, avec 100 grains de sucre de lait, puis un grain de ce mélange avec 100 autres grains, et enfin un grain de cette seconde préparation servit à en faire un troisième (1) ; ce qui présente, matériellement parlant, à la troisième opération et pour chaque graine de sucre de lait, un millionième de grain de la substance mise en préparation (1).

Ces deux dernières préparations le 1/10,000 et le 1/100,000 furent employés dans la pratique par fraction de grain, sans aucun inconvénient notable ; au moins H. n'en signale-t-il point ; mais, soit parce qu'une fraction de grain est une qualité trop indéterminée, soit parce qu'il tenait à l'uniformité pour tous les médicamens (2), il attacha une grande importance à fluidifier ses poudres.

Il prit donc un grain des diverses substances atténuées au millionième par trituration ; il le fit dissoudre dans 100 gouttes d'alcool aqueux (partie égale d'eau distillée et d'alcool), et il s'assura par l'expérience que le liquide, qui après la dissolution est complètement transparent, incolore et ne présente rien de visible en suspension, possédait tout entier la force active de la poudre, et avait sur l'économie animale la même action qu'elle. Il en conclut de plus que la trituration donne à la substance employée une solubilité qu'elle n'avait point.

« Ce traitement, dit-il, ne développe pas seulement les » vertus des substances médicamenteuses à un degré incal- » culable ; il change encore à tel point leur manière chimi- » que de se comporter, que si dans leur état ordinaire ou » grossier on n'a jamais vu l'eau ni l'alcool les dissoudre, » elles deviennent entièrement solubles par l'une et par » l'autre après avoir subi cette transformation. »

La solution dans l'alcool aqueux, qui correspond au quatrième flacon des atténuations, faite en entier par la voie humide, fut ensuite employée à des atténuations ultérieures, au même degré que les autres médicamens et en procédant de la même manière.

Tous les médicamens étant aussi amenés à un simple liquide alcoolique, H. s'en servit en humectant des globules de sucre (non pareils), de la grosseur d'un grain de pavot, dont il faut environ 200 pour peser un grain. Il les imprégna en les touchant avec le bouchon humecté en flacon (3).

---

(1) Voyez le Traité des maladies chroniques, préparation des médicamens, trad. de Jourdan, vol. I, p. 123 et suiv.

(1) Dans notre pratique, nous avons modifié le mode de procéder décrit (voy. livre cité, p. 126 et suiv). Nous triturons un grain de la substance médicamenteuse avec neuf grains de sucre de lait, pendant trente à trente-cinq minutes, dans un mortier d'agate avec un pilon de la même substance, puis un grain du mélange avec neuf autres grains, et ainsi quatre fois de suite ; ce qui donne à la quatrième trituration une masse de dix grains, dont chacun contient 1/10000 de grain de la substance employée. Un de ces grains, dissout dans cent gouttes d'alcool aqueux, fait le millionième, première puissance.

(2) Voy. livre cité, p. 130, à la note.

(3) Il nous a paru plus prompt, plus commode et peut-être d'une exécution plus sûre, d'imprégner les globules en les mettant dans une capsule de verre (verre de montre), et versant dessus, de manière à les submerger, la dilution que l'on veut employer. On les étend ensuite sur du papier Joseph à l'air libre, où on les laisse jusqu'à dessication.

Ce procédé, qui est à nous, quoique déjà publié dans la lettre aux médecins français sur l'homœopathie, donne des médicamens aussi bons, aussi actifs que peuvent l'être ceux qui sont mis en vases clos aussitôt après une imprégnation partielle et à grains comptés.

Quoique le créateur de l'homœopathie et ses disciples aient parfaitement observé le développement d'une force toute particulière dans les médicamens par le fait des dilutions et de la trituration; quoiqu'ils l'aient établi jusqu'à l'évidence, en faisant, par ce seul procédé, des médicamens énergiques avec l'or, le platine, l'argent et autres métaux, qui, dans leur état de pureté métallique, sont sans action sur l'économie animale (1); quoiqu'ils aient montré que le charbon, le lycopode, la silice pure et surtout l'alumine prennent une force croissante avec le dénominateur de la fraction à laquelle on est censé devoir les porter; ils n'ont pas moins persisté à attacher une idée de division matérielle à leur opération; de là les dénominations de billionième, trillionième; etc., qui ont le grave inconvénient de prêter au ridicule sans avoir le mérite de l'exactitude mathémathique.

En effet, selon les règles et les principes de l'arithmétique, le millionième correspond au septième chiffre du dénominateur d'une fraction, le billionième au dixième, le trillionième au treizième, et ainsi de suite, en coupant les chiffres de trois en trois. Selon les règles posées par H., les chiffres sont coupés par tranches de six en six, de sorte que le millionième correspond au sixième zéro, septième chiffre (il est conforme à la numération mathématique), le billionième au douzième, le trillionième au dix-huitième, etc. Il résulte de là que les individualités dites billionièmes, trillionièmes, sont des fractions dont le dénominateur est le nombre million multiplié par lui-même autant de fois qu'on veut créer d'individualités différentes, progressivement un million de fois plus faibles.

Cette manière de former le dénominateur des fractions dans les atténuations homœopathiques est exactement le procédé de la formation des puissances arithmétiques. La première est la fraction elle-même 1/1,000,000; la seconde, cette fraction multipliée par elle-même, 1/1,000,000, au dénominateur de laquelle on ajoute six zéros, 1/1,000,000,000,000; la troisième, cette nouvelle fraction multiplié par 1/1,000,000, où au dénominateur de laquelle on ajoute encore six nouveaux zéros, ce qui donne une fraction dans le rapport de un à l'unité suivie de 18 zéros.

On aurait donc parlé plus exactement si on eût employé le mot puissance, et si on eût dit première, seconde, troisième, dixième puissance, au lieu de millionième, billionième, décillionième, etc.; on aurait exprimé l'opération arithmétique qu'on faisait, sans abandonner l'idée de division de parties, de réductions de doses, de laquelle on était parti.

Mais cette rectification n'aurait point encore atteint le but, elle n'aurait point exprimé l'idée de force développée, croissante même par le fait de la préparation, elle aurait pu consacrer une erreur, présenter l'idée de force, de pouvoir, à ceux qui ne l'auraient pas prise dans son acception arithmétique. Elle est cependant la seule dénomination dont l'emploi soit logique tant qu'on fera des dilutions avec idée de division, d'atténuation.

L'idée de division de parties, de réduction de doses, de laquelle on est parti, et celle de développement de force qu'on a rencontré dans la route, sont deux idées opposées; elles représentent deux faits contradictoires; elles ne sauraient être rendues par une seule expression: il y a là une difficulté à vaincre, quelque chose de mystérieux à découvrir. Essayons de lever le coin du voile.

A la naissance de l'homœopathie, il était dans l'ordre des choses, dans les errements de l'homme, que ceux qui s'en occupaient restassent sous l'influence d'idées préconçues, de connaissances précédemment acquises. Ils n'ont pas vu, ils ne le pouvaient pas, que préparer un médicament, c'est uniquement développer sa force active, la saisir et la conserver pour l'usage thérapeutique; ils ont vu, selon le mode de faire des officines, un médicament subissant les alternations ou modifications convenables et nécessaires pour constituer une préparation déterminée, ou pour en faire partie. Traitant une substance matérielle, ils en ont raisonné comme agissant par sa présence réelle sur l'économie animale, comme se fractionnant par leur opération de la même manière qu'une masse sur le pilulier du pharmacien.

Hahnemann, à la sagacité duquel rien n'a échappé, vit plus tard tout ce qui se passait dans une préparation; accroissement et création de forces; mais il n'envisagea point, selon nous, cette force sous son véritable point de vue, en la considérant toujours comme inhérente à la matière qui l'a produite, et jamais comme pouvant en être isolée et agissant seule. C'est là qu'est la source des difficultés, peut-être des erreurs.

Pour arriver à ce qui semble devoir être la vérité, suivons dans tous ses détails une préparation, celle du soufre, par exemple, et pesons attentivement tout ce qui s'y passe.

On prend du soufre sublimé, pur et bien lavé à l'eau distillée; on le lave encore à l'alcool, pour le débarrasser de tout ce qu'il pourrait contenir de soluble dans ce liquide; puis on pèse cinq grains qu'on introduit dans un flacon, avec cent gouttes d'alcool; on le renverse doucement pour mettre la poudre en suspension dans le liquide, et on imprime à la masse un frottement moléculaire, par une seule secousse de bras brusque et prompte. Cela fait, on pose le flacon jusqu'au lendemain pour laisser précipiter le soufre, et on décante (1).

La liqueur ainsi obtenue, dite *tinctura sulphuris* ou *spiritus vini sulphuratus*, est empoisonnée du venin du soufre, chargée de la force active de ce médicament, assez pour être un modificateur énergique, capable de procurer des mutations organiques fort sensibles, de créer un état normal pathologique. Mais ce qui est étonnant, c'est qu'on peut mettre cent nouvelles gouttes d'alcool sur les mêmes cinq graines de soufre, autant de fois qu'il y a de jours dans une année, autant de fois qu'il y en a dans un siècle, et obtenir à la dernière une liqueur aussi médicamenteuse que la première; et tout cela sans qu'on puisse constater aucune diminution sensible, dans le poids du soufre employé.

De ces faits bien positifs, et que nous avons souvent eu

(1) Voyez Reine Arzneimittellehre, tom. IV, 2e édit. p. 103 et 138. Arch. f. homœop. Heilk. t. I cah. 1, p. 123.

(1) Voyez Hahn., livre cité, vol. I, p. 167.

occasion de constater, doit-on conclure avec Hahnemann, qu'il y a solubilité du soufre dans l'alcool, et que c'est par la présence matérielle de la partie dissoute que ce liquide acquiert une force, une faculté, *sui generis*, d'agir sur l'économie animale? Nous ne le pensons pas.

On ne saurait, en effet, admettre la présence d'une partie matérielle, lorsqu'elle est insaisissable, et qu'elle ne saurait être constatée par aucun de nos moyens d'investigation, lorsque sa supposition même est contraire à tout ce que nous ont appris jusqu'ici la physique et la chimie on est bien plus éloigné de le faire, si on suit le procédé de préparation jusque dans les extrêmes où il a été porté.

La teinture de soufre fut d'abord employée pure dans la pratique médicale, sans accident et sans rien présenter qui parût trop actif; elle fut administrée même aux enfans en bas âge. On en humecta des globules de sucre, tels que nous avons décrits, et un, deux, trois au plus, firent toute la dose.

Malgré cette petitesse de dose, il arriva quelquefois, sur des sujets irritables, que la médication fut trop forte, que le malade fut fatigué de l'action du médicament; il fallut songer à le réduire, et on y procéda par la voie des dilutions et atténuations usitées pour tous les médicamens liquides; on porta la division jusqu'à la 30me et même la 36me puissance du 1/000 terme, auquel on est arrivé, et auquel on s'est arrêté pour tous les médicamens qui passent pour les plus énergiques.

A ces points de division qu'on pourrait dire extrêmes, la force active se montra encore dans toute sa puissance, et des globules saccharins, imprégnés de la même manière qu'avec la teinture pure, et employés en même nombre, ont produit des effets en tout semblables, identiques même à ceux des premiers; le médecin a eu les mêmes moyens de faire du bien, égales chances de fatiguer le malade.

Nous possédons par centaines, des faits sur lesquels on pourrait établir cette vérité, et qui nous autorisent à regarder les atténuations comme nulles et sans effets pour réduire et diminuer la force active d'un médicament, lorsqu'une fois elle a été développée (1). Mais ici encore, nous nous appuierons de l'autorité de Hahnemann, car, s'il n'a pas tout dit, on voit par l'esprit de ses ouvrages que rien ne lui a échappé, qu'il a tout vu. A chaque page, on trouve exprimée sa crainte des doses fortes, et les conseils qu'il donne, sur la réserve à apporter dans l'administration des médicamens, quant aux doses; enfin il arrive à dire qu'une simple olfaction suffit pour bien des malades, lorsqu'il s'agit d'administrer des remèdes énergiques, et nommément le soufre, quoique depuis longtemps, il n'administre que la 30me dilution.

Si déjà on peut inférer de ceci, que la force active de la teinture de soufre est indépendante de la somme des parties qu'a pu dissoudre l'alcool, puisqu'elle est la même à la 30me, dilution qu'à la première, le fait devient évident, quand on jette un coup-d'œil sur les expériences faites en Russie, par le conseiller Korsakof.

Il a porté les dilutions jusqu'au 1500me flacon, et réduit la goutte de teinture, dans laquelle la présence matérielle du soufre est déjà un problème, à une fraction qui serait dans le rapport de un à l'unité suivie de 5000 zéros; et à ce degré d'atténuation, de réduction de la quantité réelle, il a vu la faculté d'agir sur l'économie animale, se conserver entière et aussi puissante qu'à la 30me puissance du 1/100 qu'à la 10me, qu'à la 1re, qu'à la teinture pure.

Les faits étant aussi posés, il nous semble qu'on peut en inférer :

1° Que la puissance médicamenteuse de la teinture de soufre est une force *sui generis*, qui se développe par le frottement moléculaire, et se communique à l'alcool par le contact réciproque des molécules des deux substances.

2° Que la même opération développe une nouvelle force toujours égale à elle-même, rigoureusement identique à la précédente, autant de fois qu'on veut la répéter avec le même soufre, pourvu que tout soit exécuté de la même manière, dans le procédé opératoire.

3° Que cette force une fois développée et fixée sur l'alcool, peut se transporter entière, à l'infini, d'une quantité d'alcool donnée, à une quantité semblable, par le contact et le frottement d'une seule goutte de celle qui possède la force, avec la masse à qui on veut la communiquer.

4° Que la force développée et fixée sur l'alcool, peut se transporter, par simple contact, sur des globules de sucre, où elle reste indéfiniment tout entière dans chacun d'eux, comme dans une goutte de l'alcool.

5° Que de tout ceci résulte, pour la pratique, l'inutilité de dilution et de frottement autres que ce qui est nécessaire pour un développement suffisant de la force.

La démonstration que nous venons de faire de la préparation du soufre, et toutes les conséquences que nous en avons tirées, s'appliquent rigoureusement aux métaux, aux terres et à tous les corps insolubles. Leur force active se développe

---

(1) Nous ne nous sommes pas arrêté à la seule teinture de soufre, dans notre expérimentation; nous avons fréquemment employé, d'une manière comparative, le suc de matricaire atténué à la IIIme et à la Xme puissance du 100me; l'or et le fer atténués au 1/10000 seulement, par la voie sèche et les mêmes métaux portés, après solution dans l'alcool aqueux, à la IV ou Vme puissance; l'émétine à la IIIme et à la Xme puissance, etc., sans pouvoir jamais constater une différence notable dans les effets soit primitifs, soit secondaires de ces diverses graduations d'un même médicament, sur l'économie animale. Les différences et les variations diverses que nous avons pu observer, nous ont toujours paru plus relatives à la susceptibilité nerveuse du sujet, à la quantité de force employée (le nombre et la masse des globules) qu'à la qualité de la force elle-même.

Nous présentons encore à l'appui de notre assertion la diversité des modes de faire des praticiens. Les uns administrent encore par gouttes la teinture pure de certains végétaux : *cannabis*, *menyanthes*, *chelidonium*, etc.; tandis que d'autres leur font toujours subir quelques atténuations; un grand nombre suivent à cet égard les règles tracées par Hahnemann dans sa *Matière médicale pure*; un nombre non moins grand portent toutes les substances médicamenteuses, la matricaire comme la noix vomique, le fer comme l'arsenic, à la 30me dilution.

par le frottement dans le mortier, et elle se communique au sucre de lait, de la même manière que celle du soufre se développe et se communique à l'alcool, par le contact et le frottement de ses molécules avec celles de ce liquide; et, sans avoir recours à une solubilité que rien ne peut établir, et que repoussent nos connaissances chimiques, tout s'explique d'une manière aussi simple que naturelle.

Nous trouverons la preuve de cette assertion, en poursuivant l'étude des préparations du soufre.

Au lieu de faire la préparation de cette substance, par la voie humide, telle que nous l'avons décrite, on peut suivre la marche tracée pour toutes celles qui sont insolubles; en triturer un grain avec 100 de sucre de lait, etc. Dans ce cas, sans avoir recours à la solubilité, on voit la force se développer, toute la masse devenir médicamenteuse, et quel que soit le nombre de fois qu'on prenne un grain de la trituration qui a été faite la dernière, pour en opérer une autre avec 100 nouveaux grains de sucre de lait, on voit toujours la même force paraître. On la voit aussi grande, aussi active au millionième, qu'au dix-millième, qu'au centième; et si on fait dissoudre un grain de l'une de ces atténuations, n'importe laquelle, dans 100 gouttes d'alcool aqueux, on communique à ce liquide une force médicamenteuse, égale en tout à celle de l'alcool qui a été mis en contact direct avec le soufre en nature, *tinctura sulphuris*.

Donc ici, comme dans la première opération, la force active du soufre se développe et paraît sans qu'il y ait solution, et elle reste toujours la même, quel que soit le dénominateur de la fraction à laquelle est réellement portée la matière.

Donc ce qui est vrai du soufre insoluble, doit aussi l'être de l'or, du platine, du lycopode, de la silice, de l'alumine et de toutes les substances insolubles.

Donc enfin, la faculté d'agir sur l'économie animale, qu'ont les préparations homœopathiques, dépend d'une force, *sui generis*, ainsi que nous l'avons déjà dit et démontré; et l'attention du praticien doit principalement se porter à déterminer quelle est la quantité formant le nombre de dilutions nécessaires pour la développer, et la graduer, s'il est possible.

Mais, me dira-t-on à bon droit, qu'est-ce que c'est que cette force? Comment la concevez-vous? A-t-elle quelques analogues dans la nature?

A la première de ces trois questions, nous répondrons que nous n'en savons rien, et que probablement on ne le saura jamais, pas plus qu'on ne sait ce que c'est qu'électricité, galvanisme, vie, attraction, magnétisme, etc; qui sont tout autant de forces que nous apercevons et apprécions par leurs effets, mais dont la nature sera toujours un mystère pour nous.

Cette réponse emporte celle à faire à la seconde question; reste la troisième, dont la solution quoiqu'affirmative ne saurait encore recevoir de longs développemens, vu le peu de connaissance que nous avons de la force qui nous occupe, et l'absence totale de lois et documens, tendant à nous montrer comment elle se comporte à l'égard des corps sur lesquels elle agit.

Déjà nous avons cité les analogues des forces que agissent sur l'économie animale, dans les préparations homœopathiques; le galvanisme, l'électricité, le magnétisme, agens qui ne sont en eux-mêmes que des forces, et, selon les probabilités et l'avis d'un grand nombre de physiciens, des modifications d'une seule et même force inhérente au globe entier et à tout ce qui le touche, le magnétisme terrestre (1).

Etablir ces analogies serait dans l'ordre naturel de notre travail, mais ce n'est point notre but. Nous avons voulu porter votre attention sur ce point important de l'homœopathie, considérée comme science, soulever une question et non la résoudre; car elle nous paraît insoluble.

Si, malgré l'ancienneté de nos connaissances sur le magnétisme ou l'aimant, connaissances dont les traces remontent jusqu'à Platon et Pythagore, malgré les travaux des physiciens qui se sont succédé depuis ces temps reculés, on en est encore aux hypothèses, pour se rendre compte des faits qu'on observe, et si ces hypothèses ne sont point encore généralement admises et reconnues comme vérités de fait, que doit-il en être des forces de l'homœopathie née d'hier? Vues d'aujourd'hui, elles doivent être suivies et étudiées avec persévérance, et tous les disciples du vieillard de Cœthen doivent, à l'exemple de leur illustre maître, recueillir les faits avec exactitude, et les enregistrer avec précision, entasser ainsi des matériaux dont la postérité usera avec reconnaissance, pour la construction d'un édifice qu'on ne saurait élever maintenant

P. D.

FAITS THÉRAPEUTIQUES.

(*Extrait d'un résumé clinique lu à Lyon, le 7 septembre, par le docteur* KIRSCHLEGER, *de Munster, près Colmar.*)

Fièvre inflammatoire. — Chez quelques enfans, depuis un à dix ans, elle a cédé comme par enchantement à l'*aconit* VIII ou X.

Fièvre dite *gastrique* ou *bilieuse.* — *Nux, antim., cocc.* et *ver.*, ont eu le plus grand succès, ainsi que contre le prétendu *embarras gastrique;* lorsqu'il était la suite d'une émotion morale, *nux* était surtout indiquée.

Fièvre dite *vermineuse.* — Cette maladie n'étant point uniforme, et ne méritant que rarement le nom qu'on lui donne, a exigé des traitemens différens suivant les symptômes. *Spigelia* X a réussi chez un garçon de dix ans, se plaignant de frisson et de chaleur chaque soir, d'anorrexie, de soif, d'entéralgie, avec pâleur de la face, amaigrissement, céphalée et yeux cernés.

Fièvre dysentérique. — Accompagnée de coliques,

---

(1) Qu'en est-il à cet égard des forces que développent les préparations homœopathiques? Ne seraient-elles qu'autant de modifications nouvelles, variant selon les substances diverses de la nature?

d'alternation de frissons et de chaleur, de selles blanchâtres copieuses, elle a cédé à *rheum* I, chez un homme affaibli par le chagrin. Plus tard, les *coliques* ont été combattues par *calc.*

Les *diarrhées* n'ont pas résisté à *dulc.*, *rheum*, *merc.* et *cham.*

Fièvre puerpérale. — Une malade atteinte depuis cinq jours offrait pouls à 140, douleur abdominales atroces, lochies sanieuses et fétides, matrice tuméfiée, ventre gonflé, seins vides et affaissés; elle prit *acon.* X à dix heures, autant à deux heures. A trois heures déjà l'amélioration était complète; pouls à 80, douleurs tolérables, ventre abaissé et souple; les jours suivans, *bry.* et *arn.* ramenèrent le lait aux mamelles, les lochies inodores, le ventre à l'état normal, et l'appétit naturel. En dix-huit jours, la femme reprit ses occupations.

Phlegmasies pulmonaires. Pneumonie bilieuse. — Un vieillard de soixante ans, affecté dès longtemps d'asthme, de dyspnée et de toux, fut saisi d'une pneumonie qui céda à *acon.*, *nux*, *tart. stib.*, *seneka.* Depuis ce traitement, il a joui d'une très bonne santé.

Pleurésie bilieuse. —Une femme de quarante ans, bilieuse, se plaignait depuis plusieurs jours des prodromes d'une pleurésie, qui éclata enfin d'une manière très grave, par point de côté, fièvre violente, prostration considérable, céphalée, douleur à l'épigastre, brûlure dans l'estomac et l'œsophage, délire la nuit, comme le jour. *Acon.* abattit la fièvre, mais laissa subsister les douleurs gastriques, qui cédèrent à *arsen.* X; tandis que les douleurs thoraciques et pulmonaires ne résistèrent pas à *scill.*, *ipen.* et *hyosc.*; la maladie ne dura que dix jours.

Les *pleurodynies* ont disparu rapidement après *arnica* et *nux.*

Rhumatisme aigu, arthritis. — L'aconit a été l'antiphlogistique par excellence et indispensable; *nux*, *bry.* et *puls.* ont terminé les traitemens; dans les cas *sub-aigus*, *sulf.* a rendu les plus grands services.

Une *ischias nervosa* a cédé à 1/10 goutte *ol. thereb. œth.*

Une *ophthalmie* chronique, suite de rougeole, a facilement cédé à *sulf.* après avoir résisté à plusieurs remèdes

Une *odontalgie* rebelle a cessé après *calc.* qui fut administrée après que la malade eut avoué une ancienne gale.

Angine tonsillaire. — Cette maladie a cédé à *bell.*, précédée d'*acon.*, lorsque l'abcès n'était pas encore formé; s'il l'était, les remèdes diminuaient les douleurs, mais n'abrégeaient pas le mal.

Bronchite, Trachéite. — Les catarrhes et grippes ont trouvé leurs remèdes dans *nux*, *ipec.*; *hyosc.*, *puls.*, *cham.* et *bell.*; mais surtout dans *nux.* — *Sabad.* a été fort utile au printemps; mais vu son activité, il faut n'en donner qu'un globule.

Dans une *angine*, par vice organique du cœur, *arsen.* a été fort utile pour soulager le malade.

Une *ictère*, après huit jours de durée, a cédé merveilleusement à *cham.* IV.

La *névralgie faciale* ou *prosopalgie*, a été traitée avec succès par *bell.* et *merc.*, lorsqu'elle n'était pas un fait psorique, ce qui est le cas le plus fréquent.

On annonce que la *blénorrhée* et la *leucorrhée* secondaires cèdent au *setenium*, après avoir resisté aux antipsoriques connus.

Une *vésanie* (après érésipèle répercuté) qui se manifestait par une prodigieuse garrulité, fut fortement exaspérée par *stram.*; un grain d'acide citrique neutralisa celle-ci, et le malade recouvra sa raison.

Une *mélancolie* orgueilleuse et présomptueuse céda à *sulf.*, *plat.*, *calc.* et *graph.*; la malade était aussi hémorrhoïdaire.

Une *hydrocéphale aiguë* guérit sous l'influence d'*acon.*, *sulf.*, *bell.* et *bry.* — *Sulf.* y a certainement eu la plus grande part, l'enfant ayant eu auparavant une teigne muqueuse.

L'*otite* ou *otalgie* avec *céphalalgie* et *odontalgie*, a été guérie par *puls.*, *nux* et *bell.*

L'*érésipèle* a été fort abrégé par *acon.* et *bell.*, et par *rhus*, lorsqu'il était phlycténoïde.

L'*arnica* (*intus et extus*) a été remarquablement utile dans toutes les *lésions extérieures* et les *fractures.*

Le *panaris* a été heureusement modifié par *sulf.* et *silic.*

Les *congestions* avec fièvre ont demandé *acon.*; après quoi celles de la tête ont cédé à *bell.*; celles de la poitrine, avec dyspnée, palpitation, à *phosph.*, *aur.*, *dig.*; celles de l'abdomen avec constipation, tension, à *nux.*

Deux *métrorrhagies*, qui avaient résisté pendant trois jours à l'*acide sulfurique* allopathique, ont aisément guéri par *croc.* et par *sab.*

Deux *hémoptysies* graves, chez des jeunes gens menacés de phthisie, ont cessé après *acon.* et *hyosc.*, suivis de *stan.*, *zinc*, *phosph.* et *sepia.*

Les *gastrodynies* spasmodiques se sont surtout amendées par *nux* et *cocc.* Chez les femmes en proie aux chagrins, c'est *ignatia* qui a mérité la préférence

Enfin, les *entéralgies* ont réclamé, et avec succès, *nux*, *coloc.*, *cocc.* et *cham.*

OBSERVATION

Lue à la Société homœopathique, le 7 septembre, par le docteur Crépu, *professeur au Jardin des Plantes, et conservateur du musée de Grenoble.*

—

Un enfant de douze ans, à Saint-Robert (deux lieues de Grenoble), tombe du haut d'une échelle et son crâne frappe sur les pierres. M. M., médecin, appelé plusieurs heures après, juge, à la gravité des symptômes, qu'il convient de trépaner immédiatement; aussitôt il fait avec un bistouri une incision cruciale, retire les quatre lambeaux, et met le crâne à nu, vers le milieu à peu près du pariétal gauche, dans l'étendue de trois pouces et un quart, sur deux pouces et

demi; il tamponne avec de la charpie et du linge fin, laissant les lambeaux renversés et envoie aussitôt les parens chercher à Grenoble un médecin pour l'assister dans l'opération du trépan.

Effrayés, le père et la mère de l'enfant viennent chez moi, et me racontent ce qui se passe.

J'ai en horreur l'opération du trépan, parce que je ne l'ai jamais vu réussir, et que tous les praticiens sages doivent enfin s'avouer qu'elle est une inutile cruauté. Connaissant par l'expérience les merveilleuses propriétés de l'*arnica m.* dans les contusions, les plaies de tête, les stupeurs, etc., je recommande d'éloigner l'opération et je donne trois doses d'*arn.*, plus la *teint.* pour application. Je prescris d'enlever tout appareil, et de replacer et rajuster les lambeaux sur le crâne....

Le troisième jour après l'accident, l'enfant se portait PARFAITEMENT BIEN, et n'avait de mal que celui qu'avait fait le bistouri. Cependant le médecin M. ayant abandonné le malade en jurant contre le charlatanisme des petites doses, les parens n'avaient pas osé toucher aux lambeaux renversés. Ce n'est que le cinquième jour au soir, que l'enfant lui-même étant venu me voir, j'ai rapproché avec des bandelettes agglutinatives les quatre angles de peau, pour recouvrir le crâne qui était resté dénudé pendant tout ce temps. — *Ossa denudata exfoliari debent :* il s'est fait un légère *exfoliation* de la table externe du pariétal découvert; les bourgeons charnus se sont montrés ensuite, et la cicatrice, non apparente, est presque entièrement achevée. Il n'y a pas eu le moindre accident, pas même de la fièvre.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

OCTOBRE 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

De l'Ampliation morbide de l'estomac considérée surtout sous le rapport de ses causes et de son diagnostic;

Par A. DUPLAY,

Chef de clinique interne à l'hôpital de la Pitié.

L'estomac, comme tous les organes creux, comme le cœur, comme la vessie, peut subir une ampliation morbide plus ou moins considérable. Le développement anormal de l'estomac s'accompagne toujours de la rétention plus ou moins complète des substances qui sont sans cesse ingérées dans sa cavité, soit dans des vues de thérapeutique, soit dans la seule vue de la nutrition. Mais de même que l'urine s'accumule dans la vessie et la distend par suite d'un grand nombre d'affections diverses, de même que la rétention d'urine et l'augmentation de volume de la vessie ne sont que les symptômes de ces diverses affections, de même la rétention des substances introduites dans l'estomac, et l'ampliation morbide du viscère, ne sont que les symptômes d'altérations diverses auxquelles peut-être on n'a pas fait assez d'attention, et que l'on n'a pas cherché à distinguer les unes des autres.

Parmi les lésions qui accompagnent l'ampliation morbide de l'estomac, nous en trouverons un certain nombre qui expliqueront d'un manière toute mécanique la rétention des matières alimentaires, la distension du viscère et son ampliation anormale. Mais dans d'autres cas la lésion ne sera plus appréciable pour nos sens, le scalpel ne pourra plus la découvrir. A l'autopsie nous trouverons l'estomac énormément développé; mais nous ne pourrons plus trouver la cause qui a présidé à cette singulière ampliation. Or, c'est ce que l'on observe encore relativement à la vessie et à la rétention d'urine. Tantôt c'est un obstacle tout mécanique qui s'oppose à l'évacuation de l'urine, et qui en détermine l'accumulation; tantôt au contraire c'est une maladie dont les traces ne se retrouvent plus sur le cadavre.

Mais si la rétention d'urine, si le développement de la vessie qui l'accompagne se reconnaissent facilement, il n'en est pas de même de l'ampliation morbide de l'estomac. Facile à reconnaître dans certains cas, elle peut dans d'autres apporter un tel changement dans la disposition des viscères abdominaux, en détruire les rapports à un tel point, que la maladie puisse, sinon tromper, du moins embarrasser fortement même des hommes éclairés.

Nous diviserons donc ce travail en deux parties, et nous étudierons l'ampliation morbide de l'estomac : 1° quant aux causes qui la déterminent; 2° quant aux erreurs de diagnostic que cette maladie peut entraîner dans certains cas.

Enfin nous essaierons de tracer la marche de l'ampliation, de bien déterminer les symptômes qui l'accompagnent, et nous essaierons de tracer quelques règles de thérapeutique relativement à cette maladie.

Pour atteindre ce but, j'ai été obligé d'appeler à mon aide les observations éparses dans les auteurs, car je n'ai observé que deux faits de ce genre dans le service de M. Rayer (1).

(1) La première idée de ce travail appartient à M. Rayer,

J'ai réuni celles de ces observations qui m'ont paru les plus complètes, persuadé que si la science fait des progrès par les nouveaux faits qu'on y introduit chaque jour, elle peut en faire aussi par les anciens, si ces faits publiés à des intervalles éloignés, dispersés dans les auteurs, sont rapprochés et réunis par un lieu commun.

1° *Des diverses lésions qui accompagnent l'ampliation de l'estomac, et qui semblent y donner lieu.* — Le cas le plus fréquent d'ampliation de l'estomac est celui dans lequel l'orifice pylorique est le siége d'une induration squirrheuse ou comprimé par une tumeur qui l'oblitère plus ou moins complètement. Dans ce cas il peut arriver plusieurs choses.

1° Les alimens ne s'échappant plus que très lentement de l'estomac, et quelquefois même ne trouvant plus d'issue, s'accumulent dans la cavité du viscère et le distendent, mais l'estomac surchargé se vide en partie par regorgement. Cependant malgré ces vomissemens, qui se montrent à des intervalles plus ou moins éloignés, on rencontre à l'autopsie l'estomac souvent énormément dilaté, mais sans changement d'épaisseur dans ses parois.

2° D'autres fois cette accumulation des alimens s'accompagne de certaines conditions morbides des parois de l'estomac, telles que leur ramollissement et leur amincissement. Alors il arrive que le viscère distendu outre mesure se perfore après avoir subi le degré de dilatation auquel il pouvait parvenir. J'ai observé un cas de ce genre à l'hôpital Cochin. Une femme y vint avec les symptômes d'une péritonite sur-aiguë, et l'on ne put recueillir sur son état que des renseignemens assez incomplets. Elle mourut le jour même de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva l'estomac très dilaté, descendant jusque dans le petit bassin, et le pylore presque complètement obstrué par une tumeur squirrheuse. Il existait vers la partie moyenne de la grande courbure une large perforation à bords minces, et irrégulièrement arrondie. Les parois du viscère étaient amincies, et la muqueuse détruite dans une assez grande étendue aux environs de la perforation. Toute la cavité abdominale, jusqu'à la partie la plus élevée des hypochondres, était remplie d'une quantité énorme d'un liquide d'un gris sale dans lequel nageaient des matières alimentaires parmi lesquelles on distinguait des légumes de différentes espèces, à peines altérés par un commencement de digestion. Cette variété d'alimens, leur quantité énorme, ainsi que celle du liquide, la rupture du viscère coïncidant avec l'oblitération du pylore, tout prouvait que depuis longtemps l'estomac supportait une distension énorme à laquelle ses parois avaient fini par céder

3° Enfin il peut se faire que les parois de l'estomac, loin de s'amincir et de se perforer, acquièrent au contraire une épaisseur beaucoup plus considérable, l'hypertrophie portant sur les trois membranes à-la-fois ou sur une seule. Dans un cas publié par M. Reynaud (1), cette hypertrophie était surtout appréciable dans la couche musculaire, qu'il était très facile d'étudier. Du reste, l'estomac avait 27 pouces, mesuré dans le sens de la grande courbure. Du cardia au pylore il n'avait que six pouces; il en avait sept du cardia à la grande courbure, dans le sens vertical.

Les cas de dilatation de l'estomac avec oblitération plus ou moins complète du pylore, sont, sans contredit, les plus fréquens. Les auteurs et les recueils périodiques en présentent un assez grand nombre; aussi pensons-nous qu'il est inutile d'insister plus longtemps sur ce point. Nous ferons seulement remarquer que l'oblitération plus ou moins complète du pylore ne s'accompagne pas toujours du développement anormal de l'estomac et de la rétention des substances introduites dans sa capacité. Nous chercherons à mesure que nous avancerons dans ce travail, quelle peut être la cause qui vient se surajouter à la maladie du pylore, pour déterminer l'ampliation morbide de l'estomac, dans quelques cas seulement.

Si l'on conçoit facilement que le ventricule s'élargisse lorsque son orifice pylorique est rétréci ou oblitéré, l'on comprend moins facilement l'ampliation du viscère dans les cas de liberté complète de l'orifice pylorique. Cependant cette ampliation s'observe dans des circonstances variables qu'il est bon d'examiner. Ici nous sommes obligés d'appeler à notre aide les observations qui nous ont paru les plus complètes, et que nous avons trouvées éparses dans différens auteurs.

« Obs. Ire. — Trouble dans les fonctions des voies digestives pendant dix-huit années. Vomissemens fréquens; » mort presque subite. Estomac très simple, descendant au» dessous de l'ombilic, de toute la largeur de la main. » Amaigrissement des parois de l'estomac. Adhérences in» times avec le foie. Epaississement des parois au niveau » de la région pylorique » (1). — « Jean-Albert Conrad, dont la santé était détrangée depuis dix-huit ans, avait à peine quitté le lit pendant quelques jours pendant ce temps. Sa maladie avait commencé d'une manière presque insensible; seulement il avait eu tantôt des vomissemens, tantôt de la diarrhée, tantôt quelques symptômes vers la poitrine. Il appela les médecins les plus célèbres, mais aucun d'eux ne put reconnaître la cause de sa maladie, et aucun ne put surtout lui procurer un soulagement durable. On se jeta bientôt dans l'empirisme, mais avec aussi peu de succès. Cet homme succomba enfin le 16 mars 1695, d'une manière presque subite, quoique depuis quelques jours il se sentit plus de force et plus de vigueur qu'à l'ordinaire; et quoique deux heures auparavant il eût mangé avec plaisir une bouillie faite avec des poumons de veau. Comme je désirais rechercher la cause de cette mort subite et de l'affection qui avait tourmenté pendant si longtemps le malade, je proposai aux héritiers de faire l'ouverture du corps, ce que j'obtins très difficilement. Je rencontrai les particularités suivantes :

» Le corps était dans un état de consomption et de maigreur telles, que la jambe avait à peine le volume des cinq

---

qui m'a engagé à des recherches sur ce sujet, et dans le service duquel j'ai observé les deux malades. La forme du travail m'appartient donc seule, et je souhaite que ce ne soit pas une trop grande responsabilité.

(1) Journal heb., 12 juin 1830.

(1) *Obs. Johannis Davidis Maucharti de Anatome ex ventriculo vitio imprimis defuncti.* (*Miscellanea Academ. nat. curios.*, dec. III et IV, 1696, p. 142.)

doigts réunis. Tout l'intérieur du corps était couvert de pustules éparses. Le ventre et la région précordiale étaient fortement distendus.

» Après avoir ouvert le ventre à l'aide d'une incision cruciale, les intestins refoulés dans le petit bassin ne vinrent pas s'offrir à nos regards; ils étaient en grande partie cachés par l'estomac, que des gaz et des liquides distendaient énormément. Ce viscère dépassait l'ombilic de toute la largeur de la main. L'épiploon, comme rétracté sur lui-même et appliqué contre la grande courbure de l'estomac, n'offrait pas de graisse, mais présentait de nombreux vaisseaux sanguins. L'intestin grêle était rempli de gaz et de liquides comme l'estomac. Il n'en était pas de même du colon qui offrait un très petit volume, et qui ne contenait rien dans sa cavité. La rate était peu volumineuse; elle adhérait au diaphragme par sa partie postérieure. Du reste, elle était à l'état normal, quoique plusieurs médecins eussent déclaré que le malade portait une tumeur dans cette région. Lorsque je voulus enlever l'estomac à cause de son volume énorme et de la position incommode dans laquelle se trouvait le cadavre, vu l'étroitesse de la chambre où se faisait l'autopsie, je plaçai au-dessus du diaphragme une ligature sur l'œsophage, et je coupai ce conduit. Toute sa partie supérieure était remplie d'un liquide noir qui répandait une odeur désagréable de vin et d'alimens. Du reste, il était à l'état normal. En séparant ensuite l'estomac du duodénum, je pus voir ce dernier rempli de la même matière qui distendaient l'œsophage. J'enlevai bientôt l'estomac avec le foie et une partie du diaphragme, et je le plaçai sur une table. Il était si étroitement uni au foie qu'il fut impossible, malgré tout le soin qu'on pût y mettre, de les séparer sans les intéresser l'un et l'autre. L'estomac fut incisé vers son côté gauche; aussitôt il s'échappa un flot de liquide d'une odeur fétide, aussi noir que de l'encre. Je le reçus dans un vase au fond duquel je vis se former une sorte de dépôt. Je décantai le liquide qui surnageait, et j'aperçus au fond du vase du sang noir qui commençait à entrer en putréfaction. En le mêlant ensuite à de l'eau claire, il lui donnait une teinte noire, comme on aurait pu le faire avec de l'encre. C'est sans doute à la suite d'une hémorrhagie nasale qui avait eu lieu deux jours avant la mort, que le liquide sanguinolent était tombé dans la cavité de l'estomac. Nous prîmes par curiosité la mesure du viscère; il contenait environ trois mesure de Wurtemberg. Ses parois étaient tellement amincies, qu'elles avaient à peine l'épaisseur d'une feuille de papier. Sa cavité ne renfermait aucune tumeur, aucune végétation, quoique plusieurs médecins eussent annoncé le contraire. Vers le pylore les parois du viscère étaient épaissies; cependant l'orifice pylorique n'était pas rétréci. Le foie adhérait très fortement à l'estomac; ces deux organes s'envoyaient réciproquement des prolongemens fibreux, et leurs substances semblaient se confondre. »

Si l'observation de Mauchart est incomplète sous le rapport des symptômes que le malade a présentés pendant la vie, elle offre de l'intérêt quant aux lésions qui accompagnaient le développement de l'estomac. Le viscère était assez grand pour pouvoir contenir trois mesures de Wurtemberg, ce qui fait environ douze livres de liquide, car la mesure de Wurtemberg équivaut à quatre livres d'eau (1), comme le dit Schurig dans un endroit de ses ouvrages. D'un autre côté, les parois du viscère étaient excessivement amincies; elles avaient à peine l'épaisseur d'une feuille de papier, et elles adhéraient intimement au foie. Or, cette ténuité extrême des parois, cet amincissement auquel devait participer la couche musculaire, étaient autant de circonstances propres à favoriser l'accumulation des alimens dans la cavité de l'estomac. Une tunique charnue aussi mince ne pouvait produire des contractions suffisantes pour faire passer les alimens dans le duodénum. De plus, les adhérens du viscère avec le foie, en gênant les contractions péristaltiques de l'organe, contribuaient encore à augmenter l'inertie des parois. L'induration de la région pylorique était encore une circonstance défavorable de laquelle nous allons nous occuper un moment.

Cette induration de la valvule pylorique et de la portion des parois qui l'avoisine, avait fixé l'attention de M. Mérat (1), chargé d'un rapport sur plusieurs cas d'ampliation de l'estomac, accompagnée de squirrhe du pylore. D'après lui, si dans ce cas l'accumulation des alimens a lieu dans l'estomac, s'il s'ensuit une dilatation plus ou moins considérable, c'est que l'ouverture pylorique a perdu son action, et non parce qu'elle se trouve rétrécie. « Ce n'est pas, suivant nous, parce que le pylore est rétréci que cette accumulation a lieu, dit M. Mérat. Nous avons effectivement remarqué que le plus souvent il est plutôt dilaté que fermé, et qu'on y passe le doigt avec facilité, tandis que quand il est sain il est entièrement resserré sur lui-même; ce n'est qu'en forçant que le doigt peut y pénétrer. C'est parce que cette ouverture n'a plus l'action dont la prive son induration cancéreuse, qu'elle n'agit plus sur les matières de l'estomac, et que leur passage dans les intestins ne peut plus avoir lieu. On sait que les liquides peuvent remonter contre leur propre poids par l'action des parties, comme lorsqu'on boit de bas en haut, comme le prouve le passage des matières stercorales dans quelques régions des intestins, du cœcum, par exemple, dans le colon transverse; la même action est nécessaire pour le passage des liquides et des solides de haut en bas. L'œsophage ne reçoit pas comme un entonnoir ce qu'on y verse; il conduit, par une action qui lui est propre, les substances dans l'estomac; aussi regarde-t-on comme un symptôme très-fâcheux, qu'elles y tombent par leur propre poids, phénomène qui arrive dans quelques fièvres graves, et qui dénote une sorte d'inertie paralytique de ce conduit. Le pylore est dans le même cas; son action est indispensable pour l'entrée des matières alimentaires de l'estomac dans le duodénum, et lorsqu'elle n'a plus lieu elles s'accumulent dans le premier viscère, d'où elles sont rejetées par le vomissement. »

---

(1) *Visus est aliâ vice lac ebutyratam ad octo mensuras Wurtembergicas, quæ libras medicas duas et trigenta faciunt, intrà horæ quadrantem deglutire.* (Schurigii Chilologia, cap. 1, p. 18.)

(1) Journal général de Méd., Chir., Pharm., etc., tome LXVIII, page 35.

Nous avons cité à dessein ce passage tout au long, afin de ne pas isoler l'opinion que l'auteur développe, des faits d'analogie sur lesquels il base sa manière de voir. Mais cette explication du phénomène d'accumulation des alimens dans l'estomac nous paraît inadmissible. Peut-on comparer le pylore, qui n'est qu'un simple anneau musculaire, une sorte de sphincter, à l'œsophage, au cœcum, qui sont deux canaux garnis d'une couche musculaire susceptible d'une contraction qui porte sur tout l'organe? L'action du pylore et sa contraction, bien loin de précipiter le passage des alimens dans le duodénum, le retardent au contraire, afin que les alimens puissent séjourner dans l'estomac pendant le temps nécessaire à leur chymification complète. Mais il est une particularité qui accompagne le squirrhe du pylore, a laquelle, il me semble, on n'a pas fait assez d'attention, et qui peut cependant expliquer l'inertie des parois de l'estomac et l'accumulation des alimens dans sa cavité. Dans le squirrhe du pylore il arrive rarement que l'altération soit bornée à la valvule pylorique. Si l'on coupe verticalement d'un seul trait la tumeur et la portion des parois qui l'avoisine, on voit que ces parties ont subi la même transformation; le tissu cellulaire sous-muqueux est plus ou moins induré, et cette induration va cesser pour ainsi dire en mourant vers un point des parois plus ou moins éloigné. Elle peut quelquefois occuper un tiers, quelquefois la moitié de l'organe. Qu'arrive-t-il alors? C'est que cette portion de la couche musculaire qui avoisine le pylore est singulièrement gênée dans sa contraction, et nous allons voir de quelle importance est l'intégrité de cette portion de couche musculaire de l'estomac, pour le passage des alimens dans le duodénum.

Dans une observation d'ampliation considérable de l'estomac, qui appartient à M. Andral, et que nous reproduirons avec tous ses détails dans une autre partie de ce travail, le pylore était assez large pour admettre le doigt indicateur; la surface interne de l'estomac était partout blanche; mais partout la muqueuse était d'une extrême mollesse, elle n'existait plus en deça du pylore, dans l'étendue de quatre travers de doigt. Là où commençait la solution de continuité, le tissu lamineux avait quatre ou cinq fois son épaisseur naturelle. Les fibres musculaires étaient aussi complètement détruites dans toute cette étendue.

Cette dernière circonstance avait frappé vivement M. Andral; aussi examine-t-il quelle a pu être son influence sur l'accumulation des alimens dans la cavité de l'estomac: « Lorsque l'on examine le pylore sur le cadavre, dit M. Andral, cet orifice est réellement fermé, et il faut vaincre une certaine résistance pour y introduire l'extrémité du petit doigt. Si on l'examine sur un animal vivant, on voit qu'il reste aussi habituellement fermé. Mais pendant la digestion, et lorsque les alimens chymifiés s'engagent dans le duodénum, un nouveau phénomène se présente. Les fibres musculaires de l'estomac offrent un mouvement de contraction très-manifeste qui, commençant vers le milieu du corps de l'estomac, se prolonge jusqu'à la première courbure du duodénum. Cette contraction change l'état du pylore, surmonte sa résistance toute passive, de telle sorte que la contraction musculaire qui vient d'être décrite est au moins l'une des principales causes, si ce n'est l'unique, qui pousse le chyme dans le duodénum. Il suit delà que si dans la portion pylorique de l'estomac il n'y a plus de fibres charnues, l'une des plus puissantes causes de l'expulsion des alimens n'agit plus, et ceux-ci n'arrivent que très difficilement dans le duodénum. »

Pour que les matières alimentaires puissent passer de l'estomac dans le duodénum, il faut donc que la portion des fibres musculaires de l'estomac qui avoisine le pylore jouisse de son intégrité, afin d'opérer la dilatation de cet orifice et de vaincre sa résistance. Or, lorsque la partie voisine du pylore sera le siége d'une induration squirrheuse, lorsque la couche musculaire sera environnée d'un tissu cellulaire hypertrophié, pourra-t-elle jouir de sa contractilité? ne sera-t-elle pas dans le même cas que si elle avait été détruite? Voilà sans doute la cause qui, dans les cas où le pylore, quoique squirrheux, conserve ses dimensions naturelles ou bien même en acquiert de plus considérables, détermine l'accumulation des alimens dans le viscère.

Parmi les causes appréciables de la dilatation de l'estomac, avec liberté complète du pylore, la suivante nous est encore fournie par une observation de M. Andral (1).

Obs. IIe — « Vomissemens fréquens. — Etat naturel de la langue. Constipation opiniâtre, amaigrissement et dépérissement progressif; mort. Estomac touchant au pubis par sa grande courbure. Ramollissement de la muqueuse au niveau du grand cul-de-sac. Amincissement des parois dans leur totalité. Ténuité extrême dans la couche musculaire. — Une femme âgée de 23 ans, institutrice, avait toujours joui d'une bonne santé. Par suite de revers de fortune, elle quitte la province pour venir à Paris se livrer à l'enseignement dans un pensionnat. Sa santé ne tarda pas à s'y altérer sensiblement, son appétit diminua, ses digestions devinrent difficiles et vers le mois de juin 1821, après avoir éprouvé une vive frayeur dont une syncope assez prolongée fut le résultat, elle commença à vomir de temps en temps soit des alimens soit des boissons. Elle ne les rejetait ordinairement que plusieurs heures après leur ingestion. Cependant elle maigrissait et s'affaiblissait lentement.

Des sangsues furent appliquées sur l'épigastre; de la magnésie, divers antispasmodiques furent donnés tour à tour. A compter du mois de décembre 1821, les vomissemens devinrent plus fréquens, les forces diminuèrent rapidement, les règles se supprimèrent; la malade interrompit ses occupations. Entrée à l'hôpital de la Charité le 14 février 1822, elle offrit l'état suivant: dernier degré de marasme, teint décoloré, vomissement des alimens solides ou liquides plus ou moins immédiatement après leur introduction dans l'estomac. Légère douleur à l'épigastre qui est souple et n'offre, non plus que le reste de l'abdomen, aucune tumeur sensible. Aspect de la langue naturel, constipation habituelle, pouls très faible et légèrement fréquent, peau sèche, sans chaleur. Cette malade ne présente jusqu'au commencement du mois de mars aucun nouveau symptôme, les boissons adoucissantes qui lui étaient données étaient toutes rejettées. Le 12 mars le pouls s'accélère, la langue se sèche et la mort survient le 14.

---

(1) Clinique médic., t. II. Mal. de l'abd., observ. VI.

A l'autopsie, l'on rencontra l'estomac très dilaté. Il recouvrait la plus grande partie des viscères abdominaux, et ne laissait voir que quelques circonvolutions de l'intestin grêle dans l'un et l'autre flancs; son bord colique touchait le pubis : c'était surtout le grand cul-de-sac qui avait subi la plus grande dilitation. La cavité de l'estomac était remplie d'un liquide jaune verdâtre. Sa surface interne présentait une couleur jaune rosée, marbrée dans quelques points. Du côté de la rate elle était plus blanche; là aussi, dans une étendue grande comme la paume de la main, la muqueuse très molle s'enlevait par le grattage; les parois de l'estomac étaient généralement minces et facilement déchirables. La couche musculaire était remarquable par sa grande ténuité. Les intestins grêles étaient en grande partie logés dans l'excavation du bassin. Ils étaient rétrécis, semblables à des intestins de chien. Le colon ascendant occupait sa place ordinaire; le colon transverse avait suivi la grande courbure de l'estomac et se trouvait derrière elle.

Dans cette observation de M. Andral, les fibres musculaires dont la contraction doit déterminer le passage des alimens dans le duodénum ne sont pas environnées d'un tissu cellulaire induré qui en paralyse la contraction, ou bien détruites par une ulcération plus ou moins étendue. La muqueuse seule est détruite au niveau du cul-de-sac, mais les parois sont excessivement minces dans toute leur étendue et la couche musculeuse est remarquable par son extrême ténuité. Cette dernière circonstance me paraît tout-à-fait apte à expliquer le phénomène de distension; l'on conçoit qu'une couche musculeuse aussi mince ne puisse produire des contractions suffisantes pour pousser dans le duodénum les diverses substances introduites dans l'estomac; il en résulte une accumulation, une véritable rétention des substances qui distendent ce viscère.

Dans les faits qui précèdent, nous trouvons l'explication du phénomène d'ampliation de l'estomac; adhérences morbides gênant la contraction musculaire, destruction de la fibre musculaire dans le point où sa contraction semble être la plus importante, ou atrophie de la couche musculeuse dans sa totalité. L'on conçoit très bien que ces diverses lésions produisent une véritable inertie des parois de l'estomac. Dès lors ne réagissant plus sur les substances qui sont introduites dans la cavité du viscère elles se laissent distendre outre mesure.

Dans les faits qui vont suivre, nous ne pouvons plus invoquer, pour expliquer la dilatation de l'estomac, les lésions qui l'accompagnent dans les faits précédens. Parmi les observations de ce genre que présentent les auteurs, il en est dans lesquelles l'état du pylore et des membranes de l'estomac n'a pas été noté. Devons-nous, parce que ces auteurs ont passé sous silence l'état de ces diverses parties, en conclure qu'elles étaient saines? Ce serait montrer une facilité trop grande pour admettre des faits qui doivent donner lieu à des conclusions.

Nous citerons ces observations comme pouvant servir à constater le fait seul de la dilatation de l'estomac; nous nous appesantirons uniquement sur ceux qui nous paraissent complets et dignes de fixer notre attention.

Lieutaud rapporte plusieurs cas de dilatation considérable de l'estomac, qui sont pour la plupart reproduits dans l'anatomie de Portal. L'un d'eux, qu'il emprunte à Blancard et qu'il désigne sous le nom *d'Hydrops ventriculi*, trouvera sa place plus loin. Les autres, qu'il emprunte à plusieurs auteurs, sont rapportés, soit à l'article *ventriculus ingens*, soit à l'article *squirrhe* du pylore; nous passerons sous silence tous ces derniers.

Dans une de ces observations, la femme qui en fait le sujet, semble avoir succombé à un étranglement interne; l'estomac fut trouvé si distendu, qu'il avait au moins six fois son volume ordinaire : les intestins étaient extrêmement dilatés (1).

Dans une autre (2), qu'il rapporte d'après Valsalva : « Une femme, dit-il, est prise tout-à-coup, après un repas copieux, de douleurs à l'épigastre; elle meurt en peu de temps : à l'ouverture du cadavre, l'estomac était distendu d'une manière très remarquable et présentait des traces d'inflammation. »

« Un jeune homme, dit encore Lieutaud, d'une santé très délicate, éprouve tout-à-coup après le repas une difficulté énorme pour respirer et une tuméfaction considérable du ventre; il meurt presque subitement. Le corps est ouvert, l'estomac était d'une grandeur si considérable que non-seulement il occupait tout le ventre, mais encore la plus grande partie de la poitrine. Le diaphragme, considérablement distendu, était repoussé par le viscère. Les poumons étaient en partie détruits par la suppuration. Le cœur était petit; le foie descendait très bas; la rate était très petite, et il n'y avait aucune trace de l'épiploon (3).

Chez une femme qui était hypochondriaque et qui avait éprouvé de la chaleur, de la sécheresse aux mains, de la difficulté à respirer, de l'inappétence et des rapports presque continuels, l'estomac, à l'ouverture du corps, était très grand et rempli d'un sang noir (4).

Nous n'avons pas besoin de nous appesantir sur des faits aussi incomplets. Quel était l'état du pylore et celui des parois de l'estomac? La membrane muqueuse était-elle altérée? La couche musculeuse avait-elle subi quelque changement dans sa texture ou dans sa consistance? Les parois avaient-elles subi quelque changement dans leur épaisseur? Toutes ces circonstances sont passées sous silence, et ces omissions importantes donnent à ces faits un intérêt très secondaire.

Parmi les observations de Lieutaud, il en est une cependant beaucoup plus complète que les précédentes. C'est lui-même qui a observé le malade, aussi le fait est-il beaucoup plus détaillé que les autres. Cette observation qu'il rapporte en peu de mots dans son ouvrage, intitulé *Historia anatomica morborum*, est exposée avec tous ses détails dans les Mémoires de l'académie des sciences (5).

Obs. IIe. — « Sentiment de pesanteur et de tension à l'é-

---

(1) Lieutaud, *Hist. anatom. morborum*, obs. 21.
(2) Id., obs. 22.
(3) Lieutaud, *Hist. anatom. morb.*, lib. 1, obs. 23.
(4) Id., lib. 1, obs. 25.
(5) Relation d'une maladie rare de l'estomac, avec quelques observat. sur le mécanisme du vomissement et l'usage de la rate; par Lieutaud. (Mém. de l'Acad. des Sciences, année 1752, page 223.)

» pigastre. Nausées fréquentes, impossibilité de vomir. Ana-
» sarque, ascite. Dilatation considérable de l'estomac; état
» normal du pylore. » — « Nous reçûmes, dit Lieutaud, à la Charité royale, vers la fin du mois de mars de cette année (1752), un homme de soixante-cinq ans, cachectique depuis longtemps, qui avait alors les jambes fort gorgées et le bas-ventre assez tendu, sans aucun signe d'épanchement. La respiration paraissait d'ailleurs assez libre. Le pouls était faible et fébrile; les urines épaisses et bourbeuses se séparaient en petite quantité et le ventre était excessivement paresseux. Au surplus le malade se plaignait d'une pesanteur à l'estomac, accompagnée de quelques douleurs sourdes aux environs de sa région, qui a toujours été plus élevée *que les autres parties du bas ventre.* Il désirait de vomir, mais la nature et l'art même n'avaient pu se prêter à ses désirs : il refusait toute boisson, prenait très peu d'alimens, et ce n'était qu'avec une peine extrême qu'il consentait à recevoir les remèdes qu'on lui présentait; encore avait-on l'attention de les réduire au plus petit volume. Tout ce qu'on a pu faire pendant deux mois pour arrêter les progrès de cette maladie, ou dans la vue d'en prévenir les suites, n'a pas empêché qu'elle ne se soit terminée par une hydropisie universelle avec épanchement dans toutes les cavités. Ce qui s'est manifesté un mois avant la mort par de l'oppression et par une fluctuation manifeste dans le bas-ventre, partie qui a toujours paru le plus affectée, le malade s'étant constamment plaint, comme je l'ai dit, d'une tension douloureuse et d'une pesanteur considérable à l'estomac. Il est survenu encore, quinze jours avant la mort, une douleur très vive qui occupait la partie latérale gauche du bas-ventre au-dessus de la crête de l'os des îles. La vue et le tact ont été inutilement employés pour découvrir la cause cachée de cette douleur; elle a résisté à tous les topiques qui ont été employés, et n'a été calmée que par l'assoupissement léthargique qui a terminé la vie du malade. Une circonstance à laquelle on doit s'arrêter est que, dans les derniers temps de sa maladie il ne prenait presque rien, quoique les organes de la déglutition fussent certainement libres, disant, lorsqu'on le pressait à ce sujet, qu'il était rempli et que rien ne passait; on a remarqué pendant sa maladie qu'il n'allait à la selle *que les jours où l'on aiguisait les remèdes avec les hydragogues,* qui opéraient très faiblement de même que *le tartre stibié* qu'on avait donné quelquefois dans le but d'exciter le vomissement, sans avoir pu y réussir.

« L'ouverture du cadavre nous a présenté des singularités très intéressantes : l'incision ordinaire des tégumens et des muscles du bas-ventre nous a découvert dans le côté gauche, qui était le siége de la douleur dont j'ai parlé, une poche assez étendue, située entre le grand et le petit oblique, et formée par l'écartement de ces muscles. Elle contenait plus de deux livres de sang grumelé, d'un beau rouge, sans aucune trace de corruption, tel qu'il pourrait être une heure après la saignée. Il ne nous a pas été possible de reconnaître la cause d'une extravasation de cette nature, dont l'époque n'a été marquée par aucun accident qui pût y avoir donné lieu.

» Après l'écoulement des eaux contenues dans la capacité du bas-ventre qui pouvaient aller à deux ou trois pintes, parmi bien des choses communes à presque tous les hydropiques, l'état de l'estomac et des boyaux a fixé principalement notre attention. Ce viscère était extrêmement étendu et rempli à proportion, quoique le malade, depuis quelques jours, ne prît presque rien. Le canal intestinal était très resserré, au point que tous les boyaux ensemble formaient un volume qui ne surpassait guère celui de l'estomac. Cette disposition surprenante nous a porté à penser qu'il y avait dans le pylore quelque obstacle qui s'était opposé au passage du liquide contenu dans l'estomac; mais toutes les recherches que nous avons faites à cet égard ont été inutiles, et le canal nous a paru, quoique rétréci, parfaitement libre partout, de même que le pylore qui n'était point sorti de son état naturel. »

Ce fait est remarquable par l'absence de toute lésion capable d'expliquer la dilatation de l'estomac. Le pylore est libre, les parois du viscère ne présentent rien qui explique son ampliation. Le fait suivant, que nous avons observé chez M. Rayer, se rapproche beaucoup de celui observé par Lieutaud. Comme le malade mourut le jour même que j'entrai en qualité d'interne dans le service de M. Rayer, je n'ai pu avoir que quelques renseignemens sur les symptômes qu'il avait présentés pendant sa vie.

Obs. IVe — « Symptômes d'hypertrophie du cœur, nau-
» sées, vomissemens à intervalles assez éloignés, mort, di-
» latation énorme de l'estomac; état sain du pylore et des
» membranes de l'estomac. » — Le nommé Dumas, âgé de 54 ans, présentait les symptômes d'une hypertrophie du cœur. De plus, il vomissait de temps en temps, et se plaignait de douleurs sourdes dans la région épigastrique; cependant il prenait quelques alimens; l'état de la langue était naturel, malgré la gêne qu'il éprouvait à l'épigastre; aussi la maladie du cœur, qui était déjà fort avancée, avait-elle fixé presque exclusivement l'attention.

Il mourut le 1er janvier, peu de temps après son entrée à l'hôpital, et le lendemain, à l'autopsie, nous rencontrâmes les altérations suivantes :

Tête. — La dure-mère est saine; la substance blanche et la substance grise sont consistantes. Les ventricules contiennent une très petite quantité de sérosité. Le cervelet est parfaitement sain.

Thorax. La cavité droite de la poitrine est le siége d'un épanchement de sérosité assez abondant. La plèvre costale, vers la partie supérieure et vers la partie inférieure de la cavité, est recouverte de fausses membranes. Le poumon du même côté, réduit au tiers de son volume, est fortement refoulé en haut et vers le médiastin. Le lobe supérieur, outre quelques points de mélanose, présente une grande quantité de tubercules miliaires. Un seul de ces tubercules a le volume d'un gros pois, et a déjà subi un commencement de ramollissement. La cavité gauche de la poitrine est saine. Le lobe supérieur du poumon présente une dépression linéaire, quelques points de mélanose, et des tubercules miliaires. Vers sa partie moyenne il existe une très petite portion de tissu frappé d'hépatisation rouge. Le cœur a un volume énorme; l'hypertrophie occupe surtout le ventricule gauche. Le larynx, les bronches sont à l'état normal. Le cœur, beaucoup plus volumineux que le poing du sujet, présente une hypertrophie considérable du ventricule gauche. Les parois

ont sept lignes d'épaisseur, et la cavité du ventricule est considérablement rétrécie.

Abdomen. — En ouvrant l'abdomen, on n'aperçoit aucune portion de l'intestin grêle. L'estomac, d'une dimension énorme, forme une espèce de poche qui occupe toute la cavité abdominale. Il représente une sorte de croissant dont l'une des cornes est placée dans la portion la plus élevée de l'hypochondre gauche, et dont l'autre remonte dans l'hypochondre droit : il est entièrement déformé. La grosse et la petite tubérosité ne se distinguent plus sur la grande courbure qui descend jusque dans l'hypogastre et derrière la symphyse du pubis. La partie moyenne du bord colique de l'estomac est l'endroit qui semble avoir subi la plus grande dilatation, et forme la partie la plus déclive de la poche que représente le viscère. Les orifices cardiaque et pylorique, situés bien plus au-dessus du fond du viscère qu'ils ne le sont ordinairement, sont rapprochés l'un de l'autre et se trouvent au même niveau. L'intestin grêle est refoulé en arrière et dans le petit bassin par le volume énorme de l'estomac. A droite et à gauche on aperçoit dans la région des flancs une petite portion du colon ascendant et de l'S iliaque du colon. Quand au colon traverse, il a suivi l'estomac dans son développement. Au lieu de circonscrire en haut de l'abdomen la partie supérieure du paquet intestinal, il forme à la partie plus déclive de l'hypogastre une espèce de fer à cheval dont la concavité est tournée en haut. le grand épiploon, moins étendue que dans l'état normal, est replié sur lui-même.

L'estomac, séparé des parties voisines, est mesuré avec soin. La grande courbure, depuis l'orifice cardiaque jusqu'à l'orifice pylorique, a trente pouces de long. La petite courbure, qui en a cinq, présente une incurvation très marquée, ce qui permet aux deux orifices d'être fort rapprochés l'un de l'autre. De la partie moyenne de la petite courbure à la partie moyenne de la grande, la face antérieure, mesurée verticalement, offre sept pouces de hauteur. L'estomac renferme environ une pinte d'un liquide verdâtre. La muqueuse présente çà et là quelques marbrures d'un rouge livide, mais sans aucune trace de ramollissement. Les orifices cardiaque et pylorique sont parfaitement sains. Ce dernier conserve ses dimensions et sa conformation naturelles. L'estomac est insufflé par curiosité, et il acquiert, après des efforts réitérés, des dimensions vraiement extraordinaires.

Outre l'état d'intégrité et de liberté complète de l'orifice pylorique, outre l'état normal des parois du viscère, nous ferons remarquer cette disposition particulière des deux orifices de l'estomac, qui sont très rapprochés l'un de l'autre, et qui se trouvent au même niveau. Dans l'état ordinaire, l'orifice pylorique est moins élevé que l'orifice cardiaque ; l'estomac est légèrement incliné de haut en bas et de gauche à droite, et les substances introduites dans le viscère trouvent une sorte de plan incliné qui les fait descendre de l'orifice pylorique. Ici cette sorte de plan incliné n'existe plus; le fond de l'estomac semble avoir été tiré fortement en bas, et les deux extrémités de la courbure qu'il représente avoir été fortement rapprochées l'une et l'autre. Cette disposition nous parait propre à favoriser continuellement l'accumulation des substances introduites dans l'estomac. C'est une cause sans cesse renaissante qui vient se joindre aux causes qui ont d'abord produit l'extension morbide des parois. Il faudrait, en effet, une contraction bien énergique du viscère pour que son fond pût, en se soulevant et se rapprochant de ses deux orifices, faire arriver à leur niveau les substances qu'il renferme, et les pousser hors de sa cavité. Aussi, lorsque cette disposition existe, l'estomac se laisse-t-il distendre énormément ; les substances qu'il reçoit s'accumulent dans son intérieur, et ne s'échappent plus que lorsque leur niveau s'élève à la hauteur des orifices. C'est alors que l'on voit survenir des vomissemens ou des évacuations alvines semblables au débordement d'un vase que l'on a trop rempli.

Il peut donc exister des cas dans lesquels, sans oblitération du pylore, sans destruction ou atrophie de la couche musculeuse, l'estomac subisse une ampliation aussi considérable que dans les cas où ces altérations existent. Mais quelle est cette lésion particulière de l'estomac qui nous échappe, et que l'anatomiste ne peut pas démontrer sur le cadavre? Ne peut-elle pas résider dans l'appareil nerveux du viscère? Ne peut-il pas exister une véritable paralysie des parois de l'estomac, analogue à celle qui frappe la vessie chez les vieillards? Cette opinion, qu'un examen attentif des faits et que le raisonnement semblent confirmer, était aussi celle de Lieutaud : « Ne puis-je pas assurer, disait-il en parlant du fait que nous avons rapporté un peu plus haut, que la perte de mouvement et peut-être même de sensation de l'estomac, maladie très semblable à celle qui arrive quelquefois à la vessie dans un âge avancé, a été la source de ce désordre ? »

Ce qui portait Lieutaud à adopter cette opinion, c'est que son malade n'avait pas vomi pendant tout le cours de son affection. Or comme, suivant lui, l'estomac était l'agent actif du vomissement, il concluait de là que le viscère était paralysé, puisque le vomissement n'avait pas eu lieu.

Dans un mémoire sur les fonctions de l'épiploon, Chaussier explique de la même manière ces ampliations morbides de l'estomac, qu'il étudie dans leurs rapports avec les dimensions de l'épiploon. » Cette ampliation morbifique, dit-il dépend le plus ordinairement d'un engorgement au pylore qui arrête les alimens et en nécessite l'accumulation ; d'autres fois elle dépend d'une inertie totale, d'un relâchement plus ou moins prompt des parois de ce viscère. On pourrait, ajoute en note le même auteur, comparer cette affection morbifique de l'estomac au relâchement du scrotum de certains sujets, et il me semble que l'on pourrait, avec juste raison, désigner cette affection sous le nom de *racosis de l'estomac.* »

Il est impossible d'expliquer l'ampliation de l'estomac dans ces derniers cas, sans admettre une véritable paralysie des parois du viscère. Du reste, à mesure que nous avancerons dans ce travail, nous verrons des cas de ce genre observés et reconnus sur le vivant, que l'on peut considérer comme de véritables paralysies du viscère. Il y a encore ici une analogie frappante entre la rétention des substances introduites dans l'estomac et la rétention d'urine qui reconnait souvent pour cause une véritable paralysie de la vessie.

Cette sorte de relâchement et de paralysie des parois de l'estomac se développe sous l'influence de diverses circonstances que nous allons examiner.

Nous placerons comme une des causes les plus fréquen-

tes, l'habitude de surcharger l'estomac outre-mesure.

La plupart des polyphages dont nous connaissons les histoires et dont on a fait l'autopsie, présentaient une dilatation considérable de l'estomac. Chez ce forçat de Brest, dans le ventricule duquel on trouva un nombre énorme de corps étrangers, des fragmens de verre, des morceaux de bois, de fer et d'étain, un couteau avec sa lame, etc., l'estomac très ample descendait jusque dans le petit bassin. Tarare, dont M. Percy nous a transmis la singulière histoire, présenta, lorsqu'on en fit l'autopsie, un estomac énorme qui couvrait presque tout l'abdomen. Chez un polyphage âgé de vingt ans, qui succomba à un coup de pied de cheval, l'estomac contenait plus d'un seau d'alimens et semblait composer à lui seul tout le bas-ventre. On l'eût pris plutôt, dit M. Percy, pour l'estomac d'un cheval que pour celui d'un homme. On montrait autrefois à Strasbourg, dit le même auteur, l'estomac d'un hussard hongrois qui, de son vivant, pouvait boire dans une heure jusqu'à soixante litres de vin. Cet estomac était remarquable par son excessive ampleur.

Mais pour que l'ampliation de l'estomac ait lieu, il n'est pas besoin que les individus poussent la voracité aussi loin, qu'ils surchargent leur estomac de corps étrangers de forme et de nature variables, comme les polyphages dont nous venons de rappeler les histoires.

L'habitude d'introduire dans l'estomac une trop grande quantité de boissons ou d'alimens, produit à la longue une ampliation souvent énorme du viscère. Laissons parler à ce sujet MM. Percy et Laurent, qui signalent ce fait dans un article sur l'ingurgitation (1). « Lorsqu'elle est habituelle, disent ces deux auteurs, l'ingurgitation tend à distendre l'estomac et à lui donner jusqu'à dix fois plus d'ampleur. Nous en avons conservé un qui tenait jusqu'à dix-huit pots de liquide. L'individu auquel il appartenait était un dragon grand mangeur qu'on avait passé par les armes pour cause de désertion. Avant d'aller à la mort, il lui avait été fourni de quoi manger et boire jusqu'à satiété; et à l'ouverture de son corps, encore chaud, nous trouvâmes que son immense gaster avait, pour ainsi dire, envahi tout l'abdomen.

Suivant les mêmes auteurs, les peuples qui vivent d'alimens grossiers et peu nourrissans sont obligés de manger beaucoup. Ils se mettent journellement en état d'ingurgitation, et leur estomac se distend outre mesure.

M. Portal (2) avait aussi remarqué cette ampliation de l'estomac chez les grands mangeurs. M. le duc de Chaulnes, dit-il, qui passait pour un des grands mangeurs de Paris, eut une jaunisse contre laquelle je prescrivis avec MM. Sénac, Vernage et Bordeu, des remèdes qui nous parurent indiqués. Cependant la maladie changea de face; il survint une toux opiniâtre, des sueurs nocturnes, et le malade périt. J'assistai à l'ouverture de son corps qui fut faite en 1772, par mon frère André Portal, docteur en médecine, mort à la fleur de son âge. Nous trouvâmes le poumon atteint de suppuration, et l'estomac d'une si énorme capacité, qu'il eût pu contenir huit pintes de liquide.

Des recherches plus nombreuses sur ce point multiplieraient sans doute les exemples de ce genre; mais parmi les faits de cette espèce que nous avons pu rassembler, il en est deux qui ont été publiés par le docteur Pezerat, de Charolles (3), et qui nous paraissent fort remarquables. L'un deux trouvera sa place un peu plus loin; l'autre doit trouver la sienne à la suite des remarques que nous venons de faire.

Obs. Ve — « État de langueur et de faiblesse qui va toujours croissant. Développement considérable du ventre. » Ampliation morbide de l'estomac due à la voracité du » sujet. Guérison par suite d'abstinence. » — Une domestique âgée de 30 ans, courte, à formes matérielles, à flaccidité remarquable des tissus, à facultés intellectuelles très bornées, fut admise à l'hôpital de notre ville en 1820. Elle se trouvait dans un état de langueur et de faiblesse qui s'était accru lentement, et qui la mettait dans l'impossibilité de continuer son service. Son ventre égalait en volume celui d'une femme parvenue au dernier terme de la grossesse; mais sa forme n'était pas celle qu'il affecte vers la fin de la gestation. Il présentait plus d'uniformité, était plus gros à sa partie supérieure qu'à l'inférieure. Le toucher n'y faisait pas reconnaître de tumeur circonscrite à point de départ hypogastrique, que l'on pût regarder comme le globe utérin. Les deux tiers supérieurs se trouvaient occupés par une tumeur ovoïde faiblement rénitente, offrant une fluctuation profonde, obscure, et donnant aux mains qui l'exploraient la sensation d'un liquide épais. Cette tumeur paraissait partir de l'hypochondre gauche et de l'épigastre. La fluctuation n'était pas sensible vers l'hypochondre droit, où le corps anormal, partout difficile à suivre dans sa circonscription, ne paraissait pas s'étendre. La langue était blanche à sa surface, un peu sèche à son centre, faiblement rouge à sa pointe et à ses bords. La malade mangeait plus que les convalescentes de sa salle, et se plaignait toutefois de manquer d'appétit. Ses maîtres m'apprirent en effet qu'elle consommait beaucoup moins de nourriture qu'elle n'avait coutume de le faire; que dans son état habituel de santé elle ingérait chaque jour plus d'alimens qu'il n'en faudrait pour sustenter habituellement deux ou trois manœuvres, et qu'elle ne mesurait leur quantité que sur ceux qui se trouvaient à sa disposition.

Ces renseignemens confirmèrent M. Pézerat dans ses conjectures sur la tumeur abdominale que portait la malade; des-lors il la regarda comme formée par l'estomac énormément distendu par l'accumulation d'alimens et de liquides épais. Il se borna à prescrire des boissons amères et la demi-portion. Françoise eut beaucoup de peine à se soumettre à ce régime, qu'elle considérait comme une diète excessivement sévère. Dans l'espace de quinze jours l'intumescence du ventre disparut, et avec elle la tumeur qui semblait occuper la région épigastrique, ainsi que le liquide fluctuant qui la distendait. La malade retrouva sa santé habituelle. Elle a suivi en partie l'avis qui lui fut donné de se livrer moins à sa gloutonnerie. Elle n'a eu depuis que de faibles et rares récidives de son ampliation gastrique, pour laquelle elle fut

(1) Journ. complém. des Sciences méd. T. I.er

(2) Anatomie médicale.

(2) Observ. d'ampliation morbide de l'estomac; par M. Pézerat, de Charolles. Journal complémentaire des Sciences méd., tom. XXXV, p. 162.

encore admise à l'hôpital. Les moyens simples mis en usage la première fois réussirent complètement.

Pour le moment nous ne nous appesantirons par sur les signes à l'aide desquels M. Perzerat soupçonna l'existence d'une ampliation morbide de l'estomac ni sur ceux qui lui servirent à distinguer cette maladie de la grossesse avec laquelle on aurait pu la confondre, d'après un examen peu attentif. Ces points importans seront examinés avec soin plus tard, et mis en relief, pour ainsi dire, par des erreurs grossières qui ont été plusieurs fois commises. Nous ferons seulement remarquer que les habitudes de voracité de la malade une fois connus, le diagnostic fut bientôt établi, et que si des questions avaient été adressées à la malade sur ce point, les idées sur la lésion qu'elle portait auraient été beaucoup plus tôt arrêtées. Les moyens mis en usage nous paraissent aussi dignes de remarque, quoiqu'ils se présentent naturellement à l'esprit; la cessation des habitudes vicieuses qui avaient donné lieu à la lésion, devait amener graduellement le retour du viscère à son état normal. On sait d'ailleurs qu'un des effets de l'abstinence prolongée, c'est le resserrement de l'estomac et la diminution de sa capacité. Quant aux boissons amères qui furent mises en usage, elles devaient tendre encore à favoriser ce resserrement, en excitant légèrement le viscère, en réveillant la sensibilité de ses parois, et en leur rendant la force contractile qu'elles avaient perdue.

Maintenant que nous avons vu l'estomac perdre peu-à-peu sa force contractile par l'abus des substances alimentaires, et se laisser distendre de la même manière que la vessie lorsqu'elle contient une trop grande quantité d'urine, il nous reste à examiner un mode d'ampliation de l'estomac, que les auteurs ont désigné sous le nom d'*hydrops ventriculi*, hydrogastrie, hydropisie de l'estomac.

M. Itard, auteur de l'article *hydropisie*, dans le grand *Dictionnaire des Sciences médicales* (1), consacre quelques lignes à l'hydropisie de l'estomac, dans le paragraphe des hydropisies des cavités muqueuses. Il semble n'admettre que difficilement la possibilité d'une accumulation de liquide dans ce viscère. « Cependant, ajoute-t-il, quelques observations prouvent que cette accumulation peut avoir lieu, tantôt épanchée dans la cavité de l'estomac, tantôt, ce qui est moins rare, renfermée dans un kyste. »

M. Andral, après avoir parlé d'une augmentation dans la sécrétion intestinale et d'une dilatation considérable de l'intestin grêle, aborde de la manière suivante la question relative à l'hydropisie de l'estomac. « On a anciennement décrit sous le nom d'hydropisie de l'estomac, une lésion qui me semble avoir des rapports avec celle que je viens de signaler pour l'intestin grêle. L'estomac était aussi rempli d'un liquide séreux. Ses dimensions avaient considérablement augmenté. Il occupait la plus grande partie de la cavité abdominale, et en même temps ses parois étaient excessivement amincies. »

M. Andral rapporte qu'il a eu occasion d'observer un de ces cas d'hydropisie de l'estomac. « Ce viscère, ajoute-t-il, par sa grande courbure touchait presque au pubis. Ses parois très minces laissaient voir à travers leur tissu transparent le liquide qui en remplissait l'énorme cavité, bien différent d'un autre estomac très dilaté que nous avons observé, et dans lequel le pylore était malade; cet estomac ne présentait que cette remarquable augmentation. »

Comme ces deux observateurs recommandables, nous admettons bien que l'estomac puisse se laisser distendre par une quantité énorme de liquide, mais doit-on donner le nom d'hydropisie de l'estomac à cette accumulation de liquide? c'est ce que nous examinerons bientôt.

Un point incontestable, c'est l'extrême rareté de cette affection. S'il est commun de voir une accumulation de liquide dans l'estomac lorsque le pylore est oblitéré, il est très rare de rencontrer des estomacs avec les deux orifices ouverts et renfermant un liquide abondant provenant d'une exagération dans la sécrétion muqueuse. Or, d'après le passage que nous venons de citer, M. Andral semble réserver à ce seul cas le nom d'hydropisie de l'estomac.

M. Itard, qui s'est livré à des recherches nombreuses sur ce point, ne connaît que deux cas d'hydropisie de l'estomac, l'un qui appartient à Rhodius, l'autre qui a été observé par Jodon et communiqué à Rivière. Le premier, dit-il, n'existe dans aucun des ouvrages de Rhodius que renferment nos bibliothèques. J'ai fait moi-même quelques tentatives pour retrouver cette observation, et dans un passage de Rhodius j'ai lu ce peu de mots qui semblent se rapporter à la maladie qui nous occupe : « *Adrianus Spigelus, anno* 1623, *postremis decembris, in theatro anatomico adfirmavit se ventriculum vidisse humanum tredecim librarum capacem.* » Est-ce d'après ce peu de mots que l'on a cité Rhodius comme ayant rapporté un cas d'hydropisie de l'estomac? ou bien un autre fait observé par lui a-t-il été consigné plus au long dans un autre ouvrage? nous l'ignorons. Dans tous les cas, s'il n'avait parlé d'hydrogastrie que dans ce seul passage, on voit que le fait ne lui appartiendrait pas et qu'il aurait été observé par Adrien Spigel.

Quant au fait observé par Jodon et rapporté par Rivière, il a été reproduit par la plupart des auteurs qui ont écrit après lui. Nous allons le donner en détail, car il est intéressant sous plus d'un rapport.

Obs. VIe — « Augmentation progressive du ventre attri-
» buée d'abord à une grossesse, puis à une hydropisie ascite
» après le terme de la gestation: mort, estomac énorme con-
» tenant près de 90 livres de liquide, hydatides à la surface
» interne de l'estomac et s'étendant jusque dans le pylore. »
— L'an 1620, la femme d'un habitant d'Auxerre, Jeanne Delier, âgée de 48 ans, d'une grande stature, voyant son ventre augmenter peu à peu, crut qu'elle était enceinte. Cependant la durée de la gestation étant dépassée, elle consulta un médecin qui la déclara affectée d'hydropisie; en vain employa-t-on des remèdes de toute espèce, le volume du ventre augmenta toujours. Au bout de trois mois, il était devenu tel que la malade, qui n'avait pas cessé pendant tout ce temps de vaquer à ses affaires, ne pouvait plus supporter un pareil fardeau. Bientôt il survint une fièvre continue, une grande difficulté à respirer et une soif inextinguible. Enfin, au bout de sept jours la malade mourut. Lorsqu'on voulut l'ensevelir, il fut impossible de faire entrer le corps dans le cercueil, à cause du volume énorme du

(1) Dictionnaire des Sciences méd., tome XXII, page 424.

ventre. D'après les instances des parens nous fîmes une ouverture à l'abdomen; aussitôt il s'échappa un flot énorme de sérosité, dont la quantité put être évaluée à 90 livres. Vers la fin, le liquide était trouble et brunâtre; il semblait former une espèce de lie qui s'était séparée de la matière de l'épanchement. Un tampon de charpie fut placé entre les lèvres de l'incision qui avait donné issue au liquide. Alors nous procédâmes d'une manière plus méthodique à l'ouverture du ventre; mais lorsque nous voulûmes inciser le péritoine, cette membrane, qui conservait ses rapports avec les organes environnans, adhérait à la face antérieure de l'estomac d'une manière si intime qu'on ne pût l'en séparer que par des efforts assez violens et à l'aide du bistouri. Bientôt nous vîmes que la charpie placée dans la plaie pénétrait dans la cavité de l'estomac. Mais avant d'ouvrir ce viscère, nous examinâmes sa grandeur extraordinaire; quant à ses deux orifices cardiaque et pylorique, ils étaient à peu près situés au même niveau et se touchaient presque. L'épiploon occupait la partie inférieure du ventre: il était sain, mais l'estomac, dans sa distension, l'avait fortement repoussé en haut. Le cœur à travers le diaphrame s'appuyait fortement sur lui; aussi avait-il laissé sur la face convexe du viscère, comme sur de la cire molle, l'impression de sa forme conique: ce qui expliquait la difficulté que la malade avait eu à respirer. Les autres viscères, la rate, les reins, les intestins, le mésentère, la vésicule biliaire, la vessie et l'utérus étaient sains et n'avaient point été altérés. Après avoir noté ces particularités et avoir détaché cet estomac énorme avec l'œsophage et le duodénum, on le fendit par la moitié et il présenta plus d'une aune de largeur. Vers la partie la plus déclive, il avait une grande quantité de sérosité qui était le reste de l'épanchement séreux déjà mentionné. Les fibres qui revêtent la membrane interne étaient largement écartées les unes des autres. Les deux orifices n'offraient aucune altération; seulement, on voyait au milieu du pylore une vésicule de la longueur du doigt médius, un peu plus volumineuse que le pouce, remplie d'un liquide transparant, et qui s'avançait dans le duodénum. La face interne de l'estomac était parsemée d'un grand nombre d'hydatides dont les unes étaient entières et les autres ouvertes. Aucune de ces particularités, si je ne me trompe, n'a encore été observée jusqu'à présent. Du moins jamais je n'ai lu rien de semblable et jamais pareil fait ne m'a été rapporté. »

Tel est le fait que la plupart des auteurs considèrent comme un cas d'hydropisie de l'estomac. C'est sous le titre *d'hydrops ventriculi* que Jodon la fit connaître et que Rivière (1) l'a publiée dans ses ouvrages; c'est sous le même titre *d'hydrops ventriculi* que la reproduisent Blanchard (2), Bonnet (3) et Lieutaud. (4) Ce dernier la rapporte d'après Blanchard qui n'indique pas à quelle source il a puisé ce fait et qui le raccourcit de manière à le rendre presque méconnaissable. Mais ce qui est plus remarquable, c'est que Bonnet, qui rapporte mot à mot, dans un endroit de son *Sepulchretum*, l'observation de Rivière, rapporte quelques pages plus loin, comme une seconde observation du même genre, l'observation de Blanchard, qui n'est que que l'observation de Rivière tronquée et plus ou moins défigurée. Enfin, c'est ce même fait reproduit par une foule d'auteurs, que M. Itard a reproduit à l'article Hydropisie de l'estomac; aussi dit-il que ce fait est le seul dans la science.

Avant d'aller plus loin, examinons s'il est possible d'admettre une hydropisie de l'estomac, et si, pour en reconnaître l'existence, on n'a pas forcé l'analogie qui peut exister avec les hydropisies des autres cavités muqueuses.

La première condition de l'hydropisie d'une cavité muqueuse, est l'occlusion de l'ouverture par laquelle cette cavité verse à l'extérieur le liquide qui est habituellement sécrété dans son intérieur. Dans cette première condition, la sécrétion aurait beau être augmentée, le liquide s'écouleralt plus abondant, mais ne formerait pas une collection capable de porter le nom d'hydropisie. Supposez dans *l'utérus*, ou dans le *sinus maxillaire*, une augmentation dans la sécrétion muqueuse, sans oblitération de l'orifice par lequel ces deux cavités communiquent avec l'extérieur, il n'en résultera qu'un flux muqueux abondant; mais qu'une cause quelconque vienne à oblitérer cette voie ouverte au liquide, il s'accumule, forme une collection aqueuse qui s'accroît, distend la cavité, et forme une véritable hydropisie.

Mais dans tous ces cas, le liquide ainsi ramassé est homogène; il est uniquement le produit de la sécrétion muqueuse: aucun liquide étranger n'arrive du dehors pour s'y mêler et pour en augmenter la masse.

Voyons si l'estomac remplit toutes ces conditions. Il est, comme toutes les autres cavités muqueuses, le siége d'une sécrétion qui peut être morbifiquement augmentée. Il peut verser dans sa cavité, après lui avoir fait subir un certain développement, une quantité plus ou moins considérable de liquide. Mais deux orifices peuvent donner passage à la collection aqueuse renfermée dans la cavité du viscère, l'un qui le verse dans les portions subséquentes du canal intestinal, l'autre qui peut le verser à l'extérieur par un mécanisme particulier, par une combinaison d'actions musculaires qui peut faire suivre au liquide une marche ascendante.

Supposons maintenant que l'orifice par lequel le liquide s'échappe habituellement en suivant la voie des intestins vienne à s'oblitérer; l'estomac rentre-t-il dans les conditions des autres cavités muqueuses? non sans doute, puisqu'une autre voie peut encore donner passage à la collection aqueuse; aussi, lorsque l'estomac devient ainsi le siége d'une collection de liquide et lorsque la voie ordinaire à sa sortie se trouve oblitérée, voit-on habituellement survenir à des intervalles plus ou moins éloignés des vomissemens qui dépendent d'un véritable regorgement du liquide. Pour que l'analogie avec l'hydropisie des autres cavités muqueuses fut complète, il faudrait donc que cette seconde voie fût fermée aux substances accumulées dans le viscère. Or c'est ce qui n'arrive jamais, en prenant la chose à la lettre. Seulement, dans quelques cas très rares, le mécanisme par lequel les liquides et les autres matières contenues dans l'estomac,

(1) *Lazari Riverii, Op. univ. med. obs. comm. ant. Jodon.*

(2) *Fr. Steph. Blancardi, Op. med. theoret. pract. et chir.*, cap. VII, p. 138.

(3) *Sepulchretum, hydr. ventriculi.*

(4) *Historia anat. morb. lib. prim.*, obs. XX.

peuvent remonter contre leur propre poids, cesse complètement, et dès lors l'orifice supérieur de l'estomac devient inutile, et peut jusqu'à un certain point être considéré comme frappé d'oblitération. Mais ce cas est fort rare, et le malade de Lieutaud en offre un exemple remarquable.

Mais supposons que l'orifice pylorique soit fermé, et que de l'autre côté l'orifice œsophagien devienne inutile par l'impossibilité du vomissement; les fonctions de l'estomac apportent une différence essentielle, fondamentale, qui renverse toute analogie avec les hydropisies des autres cavités muqueuses. C'est à l'estomac que l'on confie les boissons, les alimens sous forme liquide ou solide. Or ces matières se mêlant au produit de l'exhalation muqueuse, viennent sans cesse augmenter la quantité du liquide contenu dans l'estomac; la collection aqueuse n'est donc plus formée uniquement par une exagération de la sécrétion muqueuse, et par le liquide qui en est le produit, mais bien par les liquides hétérogènes qui viennent de l'extérieur, et qui ne sont pas un produit de la sécrétion de l'organe. Ce n'est pas plus une hydropisie de l'estomac, que la distention de la vessie par l'urine, dans le cas de rétrécissement de l'urètre, une hydropisie de la vessie, pas plus que l'accumulation de la bile par oblitération du canal cholédoque n'est une hydropisie de la vésicule biliaire. Pourquoi? parce que, dans ces deux cas, le liquide ainsi accumulé n'a pas été sécrété dans l'organe même qu'il distend; mais bien dans un organe voisin, et parce que ce liquide par sa nature diffère essentiellement de celui qui est sécrété par la membrane muqueuse qui tapisse la cavité morbifiquement distendue.

Nous pensons donc qu'il faut rejeter le mot d'hydropisie de l'estomac. Que le viscère soit distendu par un liquide provenant de l'ouverture d'un kyste ou de sa sécrétion muqueuse exagérée; que l'orifice soit oblitéré par un kyste, comme dans le fait de Jodon rapporté par Rivière, ou bien par une tumeur squirrheuse, suivant nous, la dénomination d'hydropsie de l'estomac ne convient à aucun de ces cas. L'accumulation du liquide n'est, dans toutes circonstances, qu'une suite, qu'un symptôme d'une altération qui a précédé et qui constitue réellement la maladie de l'estomac.

L'observation rapportée par Jodon est remarquable sous plusieurs rapports, qu'on la désigne sous le nom d'hydropisie de l'estomac ou sous toute autre. Ici l'ampliation du viscère semble dépendre de deux causes que nous n'avons pas encore vu figurer: 1.° de kystes qui se sont développés à la surface de la membrane muqueuse, et qui se sont ouverts dans la cavité du viscère; 2.° de l'oblitération du pylore par une tumeur de même nature. Quoique des faits de ce genre aient été observés quelquefois, ils sont cependant très rares. Mais ce que ce fait présente de plus intéressant, ce sont les erreurs de diagnostic qui ont été commises, et sur lesquelles nous insisterons dans le paragraphe suivant.

Causes de la difficulté qu'on éprouve quelquefois à faire la ligature des artères tibiales lors de l'amputation de la jambe;

Par le docteur F. RIBES, médecin des Invalides.

Lorsque je faisais des cours particuliers et que j'enseignais la chirurgie, j'avais soin de démontrer qu'il y avait une grande facilité, lors de l'amputation du bras et de la cuisse, à faire la ligature immédiate des artères brachiale et fémorale, et qu'on éprouvait, lors de l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection, beaucoup de difficulté à faire la ligature des artères tibiales, et même celle de l'artère poplitée, quand l'amputation était faite au-dessous de la tubérosité du tibia, près de l'articulation du genou.

Voici ce que je disais à ce sujet en 1804: Plusieurs causes s'opposent à l'alongement ou à l'extension des artères tibiales, quand il faut en faire la ligature lors de l'amputation de la jambe. La principale cause tient à ce que l'artère poplitée, arrivée près de la partie inférieure du quart supérieur de la jambe, fournit l'artère tibiale antérieure qui se porte en avant et passe au travers du ligament inter-osseux. Alors cette artère et celle qui lui donne naissance sont en quelque sorte enfourchées sur ce ligament. Dans cet état, qu'on fasse des tractions sur l'artère tibiale postérieure, le ligament inter-osseux arrête ces artères; elles offrent une égale résistance, et il est difficile d'obtenir une saillie suffisante pour y poser commodément une ligature.

Au premier coup-d'œil on imagine que l'on pourrait éviter cette difficulté, si, au lieu de pratiquer l'opération dans le lieu d'élection, on faisait l'amputation un peu au-dessous de la tubérosité du tibia, parce qu'alors on ne trouve ni artère tibiale antérieure, ni artère tibiale postérieure; il n'y a que l'artère poplitée. Mais ici se présentent d'autres difficultés, à la vérité moins grandes que la première; ce sont les artères articulaires supérieure et inférieure qui les forment: par ces artères la poplitée est comme attachée au jarret. En effet, on voit les artères collatérales supérieures interne et externe se contourner de chaque côté autour des condyles du fémur, donner des rameaux aux muscles, aux tendons, aux ligamens et à l'os lui-même sur lequel la poplitée est par elles en quelque sort retenue.

L'artère articulaire moyenne se porte d'arrière en avant, pénètre dans l'articulation du genou, et se distribue dans les ligamens croisés et les ligamens semi-lunaires. Ce vaisseau, peu extensible, tient également assujettie l'artère poplitée.

Si l'on examine les artères articulaires inférieures, on les voit se comporter à-peu-près comme les supérieures; elles se dirigent d'arrière en avant, vont gagner la partie supérieure du tibia et du péroné, donnent des rameaux aux tendons, aux ligamens, au périoste, aux os de la jambe et à la rotule.

Toutes les artères articulaires se distribuent, comme on le voit, sur des parties solides, dures, inextensibles, immobiles: ainsi ces vaisseaux ne pouvant s'alonger que très peu, tiennent fixée au jarret l'artère poplitée.

D'après ce qui vient d'être dit, et d'après la manière dont on est forcé de faire la ligature, on conçoit la difficulté qu'on doit éprouver à arrêter le sang des artères tibiales. En effet, l'opérateur saisissant l'artère, souvent la partie pincée se déchire, et il est obligé de prendre le bout du vaisseau plus profondément: alors comme l'artère se prête très peu à son alongement, qu'elle est enfermée entre les deux portions d'os sciés, et que la main de l'opérateur reste très rapprochée de la surface de la plaie, l'aide chargé de faire la liga-

ture est extrêmement gêné pour passer le fil et embrasser l'artère. S'il parvient à faire un nœud, le plus souvent l'extrémité de la pince se trouve comprise dans l'anse, et quand on en retire l'instrument, le fil est entraîné, l'artère s'échappe et s'enfonce de nouveau entre les os et dans les chairs. Ces tentatives font traîner l'opération en longueur, fatiguent le chirurgien, et prolongent les douleurs du malade.

Je disais à cette occasion que l'on pouvait éviter en partie cet inconvénient, en se servant de la pince à coulisse dont Assalini se déclarait inventeur, quoiqu'elle fût connue avant lui. Une fois saisie avec cet instrument, que l'on abandonnerait à son propre poids, l'artère serait un peu alongée, rien ne gênerait, et, libre de ses deux mains, l'opérateur pourrait seul faire aisément la ligature du vaisseau.

S'il en était autrement, en attendant que la chirurgie soit *dotée* d'un instrument propre à bien saisir l'artère, et à porter un fil qui en même temps embrasse et lie sûrement le vaisseau, on se conduirait comme Sabatier qui, sagement dans ce cas, passait un fil autour de l'artère, au moyen d'une aiguille courbe qu'il maniait avec une grande dextérité, et qui comprenait dans la ligature beaucoup de parties molles. Jamais je n'ai vu d'hémorrhagie ni aucun accident arriver à la suite de cette opération.

Dans le cas de l'amputation de la cuisse ou du bras, il n'en est pas de même que dans le cas de l'amputation de la jambe. En effet, les branches que l'artère humérale et l'artère fémorale fournissent, vont se distribuer dans l'épaisseur des muscles qui sont très longs, libres et sans adhérence dans leur trajet. Ils sont très extensibles et permettent aux petites artères qui vont s'y rendre de s'alonger facilement : aussi l'artère fémorale et l'artère humérale coupées dans l'amputation, font une saillie très considérable qui donne la facilité d'en faire la ligature immédiate.

Voilà les remarques que je faisais à l'époque dont j'ai parlé. Elles me paraissaient trop bien comprises par les personnes qui venaient m'entendre, pour que je crusse qu'il fût nécessaire alors de les publier ; et je n'en parlerais pas aujourd'hui si je ne les trouvais incomplètement rapportées dans des mémoires et des ouvrages écrits par des hommes distingués pour lesquels j'ai beaucoup d'estime, et qui ont été trompés par la tradition orale qui a inexactement transmis mes idées.

De la Coqueluche ; mémoire qui a remporté le prix proposé par la Société de Médecine de Lyon ;

Par M. BLACHE, docteur en médecine,

Médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris (1).

Déterminer, par des observations pratiques et des nécropsies, quelle est la nature et quel est le siége de la coqueluche. — S'il existe encore parmi les médecins une aussi grande divergence d'opinions sur la nature et sur le siége d'une maladie aussi commune que la coqueluche, il faut, je crois, l'attribuer en grande partie au manque de bonnes observations : je veux dire au manque d'observations complètes et détaillées, à l'absence de faits pratiques, recueillis en grand nombre, et analysés ensuite avec tout le soin possible. Ce n'est pas d'ailleurs, comme on pourrait le croire, chose facile à faire qu'un pareil travail sur une maladie qui presque jamais n'est mortelle par elle-même, et que rarement, du moins quand elle est simple, on a l'occasion d'observer pendant tout son cours, soit dans la pratique particulière, soit dans les hôpitaux d'enfans. En ville, en effet, quand la coqueluche est exempte de complications, c'est souvent à peine si le médecin est appelé, même chez les gens riches, plus de deux ou trois fois, et à des intervalles plus ou moins éloignés, pendant le cours de cette affection. Comme il est généralement convenu dans le monde *qu'il n'y a point de danger*, c'est bien plus souvent aux pharmaciens et aux commères du quartier, qu'on a recours pour en obtenir quelques recettes mystérieuses ou bien ridicules, au moyen desquelles, Dieu aidant, on arrive un peu plus tôt ou un peu plus tard à la guérison. Quant aux hôpitaux, il est assez rare d'y voir amener des enfans atteints de coqueluche simple, la sollicitude des parens, dans la classe indigente, ne s'éveillant pour l'ordinaire que lorsque la maladie commence à prendre un caractère de gravité qui les effraie. Or, cette gravité tient, dans la presque universalité des cas, à la présence de complications phlegmasiques, et pour le très petit nombre de coqueluches qui s'y présentent à l'état de simplicité, presque toujours on se hâte de conseiller la sortie des enfans, dans la crainte de leur voir contracter, à l'hôpital, des affections beaucoup plus sérieuses.

J'insiste, à dessein, sur ces difficultés de l'observation dans la coqueluche, car j'ai besoin qu'on veuille bien m'en tenir compte.

En effet, pour répondre au vœu de la Société j'ai cherché à rassembler le plus de faits possibles. Mais que trouve-t-on le plus ordinairement dans le *petit nombre* d'observations de coqueluche éparses dans les auteurs ou dans les recueils périodiques ? Très souvent quelques mots seulement qui n'indiquent point l'époque de l'invasion de la maladie, et qui vous laissent ignorer les circonstances ou les affections qui l'ont précédée ; parfois il n'est question ni du tempérament, ni de l'âge, ni du sexe des individus ; l'état des fonctions n'est pas toujours constaté ; point de détails sur les altérations observées après la mort, et presque rien de satisfaisant sur le choix des méthodes thérapeutiques ou sur les effets des médications employées. Surpris et affligé d'une telle pénurie, je me suis vu forcé, pour ainsi dire, de n'avoir recours qu'aux observations recueillies par moi-même

---

(1) La Société avait posé ainsi la question : « Déterminer, par des observations pratiques et des nécropsies, quelle est la nature et quel est le siége de la coqueluche? Rechercher si cette maladie est contagieuse ou seulement épidémique ? Indiquer quelles sont les affections qui peuvent la compliquer, et dans quels cas elle devient mortelle ? Déterminer enfin le traitement qu'on doit appliquer à chacune de ses périodes ? »

avec soin et sans aucune idée préconçue. Malheureusement, parmi ces observations, plusieurs m'ont paru trop écourtées ou pas assez complètes, et j'ai cru devoir les élaguer. Vous trouverez, sans doute, Messieurs, que le nombre de celles que je présente ici est bien minime pour conduire à une solution complète de la question. C'est aussi mon regret assurément; mais ne voulant point me servir de matériaux défectueux, j'ai dû m'en tenir à ce petit nombre de faits cliniques, sur l'exactitude desquels on ne pourrait élever le moindre doute.

Résumé analytique. — Nos observations sont au nombre de vingt et une (1). Une seule exceptée, qui a pour sujet un homme de 29 ans, elles ont toutes été recueillies chez des enfans dont le plus jeune avait 25 mois, et le plus âgé 17 ans.

Sur ces 20 enfans on compte 12 filles et 8 garçons.

Nous les avons divisés en trois séries.

La première comprend sept observations de coqueluche terminées par le retour à la santé, ou du moins par un état assez satisfaisant pour faire espérer cette issue favorable.

Dans une seconde série, composée de neuf observations, nous placerons celles où la maladie compliquée d'affections plus ou moins graves s'est terminée par la mort.

Enfin dans une troisième série nous rangerons cinq sujets qui ont succombé à la coqueluche compliquée, comme chez les enfans de la seconde série, mais qui de plus présentaient des tubercules, soit dans les poumons, soit dans d'autres organes isolément, soit enfin dans plusieurs organes à-la-fois.

Avant d'examiner chacune de ces séries en particulier, voyons si, de leur ensemble, il serait possible de tirer quelques conclusions relativement aux causes de la coqueluche et à la question de contagion. Moins il y a de causes précises d'une maladie, plus les auteurs ont l'habitude d'en citer de vagues et d'incertaines : celles de la coqueluche étant difficilement appréciables, elles n'ont pu être notées dans nos observations. Il sera donc plus rationnel de les chercher dans les prédispositions individuelles, et surtout dans les maladies antérieures. Certes, une des affections qui ont le plus constamment précédé la coqueluche, c'est la bronchite, non pas une seule fois, mais tous les hivers, mais plusieurs fois dans un même hiver. Ainsi, dans douze de nos observations, c'est-à-dire dans plus de moitié, il y avait eu chaque hiver catarrhes aigus, catarrhes chroniques.

En seconde ligne viennent ces éruptions cutanées, maladies de l'enfance, et qui semblent être de la même famille, tant elles se suivent ou s'accompagnent fréquemment chez les mêmes sujets, la variole, la rougeole, etc.

Les voici dans leur ordre de fréquence, comme nous les avons observées chez ces vingt enfans, soit isolées, soit réunies :

Rougeole.	5 fois.
Variole.	3
Scarlatine.	2
Varicelle.	1
Érysipèle.	1

De plus, nous avons vu la coqueluche précédée trois fois de diarrhée, trois fois d'éruptions impétigineuses ou eczémateuses du cuir chevelu, trois fois de ganglions engorgés du cou, et deux fois de vers intestinaux (ascarides lombricoïdes).

Non pas que nous voullons expliquer la coqueluche par ces maladies antécédentes; mais nous avons cru, surtout pour quelques cas, devoir en tenir compte, parce que si nous ne pouvons démontrer qu'elles soient causes de l'affection qui nous occupe, il n'est pas sans importance du moins d'établir s'il existe ou non quelque lien entre elles, et ce n'est que par des observations et des chiffres qu'il est possible d'arriver à ce but.

Quant à la question de contagion, ces observations, recueillies presque exclusivement à l'hôpital des Enfans, ne fournissent et ne doivent fournir que peu de lumières. Pour être bon juge dans cette question, il faudrait que le médecin assistât au début de la maladie, il faudrait qu'il la saisît à son point de départ, et qu'il la suivît à la piste, pour ainsi dire, pour voir d'où elle vient et où elle va; méthode inexécutable dans un hôpital, où les petits malades n'arrivent, comme on sait, que lorsque l'affection est déjà plus ou moins ancienne. Il n'y a qu'une seule observation qui touche cette question; l'enfant qui en fait le sujet paraît avoir pris la coluche de son frère.

Passons maintenant à l'examen particulier de chaque série.

Quel a été le traitement dans la première série? quelle a été la durée de la coqueluche?

Ces sept cas étaient simples, et presque sans complications graves. Trois fois seulement il y eut bronchite concomittante; une fois engouement pulmonaire double (*obs.* 4e); une fois, léger point pleuro-pneumonique des deux côtés; quatre fois diarrhée; une fois enfin, chez l'adulte, se montra par intervalles un phénomène tout-à-fait insolite, la syncope. Des adoucissans, un régime assez sévère, quelques émissions sanguines, firent justice de ces accidens. La belladone essayée dans un cas (*obs.* 2e), et portée à quatre grains par jour, fut discontinuée à cause de son insuccès; dans deux cas l'oxyde de zinc seul (*obs.* 1re), ou associé à l'extrait de ciguë, parut amener de l'amélioration. Une fois l'ipécacuanha à dose vomitive fut suivi d'amendement notable. Dans l'un des cas, un point pleuro-pneumonique nécessita une saignée qui arrêta presque tout-à-coup les symptômes inflammatoires; les quintes revinrent ensuite à ce qu'elles étaient avant cette complication. Dans un cas, les saignées générales et locales, quoique assez abondantes, n'eurent aucune influence favorable. A part le temps des quintes, en général le pouls resta naturel. La durée de la maladie, évaluée approximativement d'après les données fournies par les parens, fut 75 jours au plus (*observ. de coqueluche chez un adulte*), et de 25 jours au moins. La durée moyenne fut d'un mois à cinq semaines.

La seconde série comprend, comme nous l'avons dit, neuf cas de coqueluche, avec complications plus ou moins graves.

La plus fréquente est, sans contredit, la pneumonie,

(1) Afin d'être plus court ici, nous en avons retranché huit qui différaient peu de quelques-unes de celles que nous conservons.

qui presque toujours est double : elle a existé dans tous ces cas, sans aucune exception.

Chez tous ces sujets, la mort a eu lieu rapidement, soit après des convulsions, soit d'une manière presque subite ou inattendue. Les autres complications ont été dans la proportion suivante : diarrhée, cinq fois ; état comateux, qui a précédé la mort, trois fois; bronchite aiguë dont les caractères stéthoscopiques ont été appréciables, avant que ceux de la pneumonie ne vinssent les masquer, deux fois ; convulsions, deux fois; teigne faveuse, variole et impétigo de la face, chacun une fois. Les caractères anatomiques, dont les symptômes sont en quelque sorte la traduction, ont-ils été en rapport avec ces mêmes symptômes? Oui, pour les lésions pulmonaires ; non, pour les lésions cérébrales. En effet, dans tous ces cas, les poumons ont offert des altérations identiques, à savoir de ces pneumonies mamelonées, lobulaires, ou par points disséminés, enfin avec tous les caractères de l'induration rouge ou grise, telle qu'on la rencontre si communément chez les enfans.

Dans quatre cas, les symptômes cérébraux ne purent être expliqués par des altérations graves de l'encéphale ; à part une légère injection, qui n'existait même pas toujours, le cerveau, la moelle épinière et leurs membranes furent trouvés à l'état normal. Dans un cas où la mort avait été précédée de coma et d'insensibilité presque complète de la peau, on trouva un ramollissement blanc de la voûte à trois piliers et des parois ventriculaires, avec méningite de la convexité. Il y avait ici manifestement désaccord entre les désordres fonctionnels et les lésions anatomiques.

Dans quatre cas, les nerfs pneumo-gastriques observés avec soin parurent exempts de toute lésion.

Cinq fois sur neuf les follicules isolés de Brunner et les plaques de Peyer furent trouvés rouges ou saillans ; une fois l'iléum et le rectum étaient tapissés par une exsudation albuminiforme.

Cinq fois la rougeur, la tuméfaction des ganglions bronchiques a été observée. Quant aux bronches, leur membrane muqueuse a été trouvée pâle 5 fois, et 4 fois seulement rouge. Ordinairement remplie de mucosités spumeuses et deux fois d'un mucus puriforme. Trois fois elles étaient notablement dilatées ; mais cette rougeur était-elle véritablement inflammatoire? Peut-on s'en servir comme d'une preuve, en faveur de l'opinion de ceux qui regardent la coqueluche comme une phlegmasie ? Pour trancher la question, il faudrait avoir des observations néroscopiques de coqueluche simple, dégagée de complications graves ou même légères, et c'est ce qui est presque de toute impossibilité, l'affection n'étant plus alors qu'une maladie longue à guérir, mais non pas ordinairement mortelle. La dilatation des bronches n'est pas non plus un simple produit du travail phlegmasique, mais bien plutôt un effet pour ainsi dire physique des violens efforts auxquels le malade se livre pendant les quintes longues et effrayantes de la coqueluche.

Dans ces neuf cas terminés par la mort, après trois mois et demi au plus, huit jours au moins, et après environ trois semaines pour les autres, le traitement a été et n'a dû être le plus souvent que celui des complications. A part un seul cas où l'ipécacuanha à dose vomitive a été employé seul, et deux autres où on l'a associé à quelques médicamens sédatifs ou antispasmodiques, il a été aussi antiphlogistique que possible, puisque, sur 8 malades, on a pratiqué des émissions sanguines, soit avec la lancette, soit avec les sangsues, soit enfin par les ventouses scarifiées, et non pas une fois, mais largement, avec persévérance, au début, au milieu et à la fin de la maladie. On y est revenu jusqu'à cinq fois pour un petit malade dont l'affection dura 34 jours, et, dans ce cas comme dans les autres, avec un désolant insuccès. C'est que dans ces coqueluches graves, comme dans les fièvres typhoïdes, comme dans le choléra, et malheureusement aussi comme dans tant d'autres affections, il y a un autre élément que l'inflammation, élément inconnu, qui domine toutes ces phlegmasies intercurrentes, qui vous cédera peut-être en un point, mais pour reparaître plus terrible en un autre, véritable Protée qui se joue de nos poursuites, et qui, tôt ou tard, mais presque infailliblement saisira sa victime.

La troisième série, dans laquelle nous avons rangé cinq cas de coqueluches compliquées de tubercules, offre, à part cette lésion nouvelle, beaucoup de points de ressemblance avec la seconde série. Ici, comme plus haut, nous retrouvons la pneumonie, comme la complication, pour ainsi dire nécessaire. Elle s'est montrée dans les cinq cas, et quatre fois des deux côtés ; une fois elle était accompagnée de pleurésie. Nous observons dans quatre cas diarrhée ; dans deux, bronchite aiguë ; dans un, bronchite chronique ; dans un, laryngite ; dans un, varioloïde ; dans un enfin, convulsions, sans que l'autopsie cadavérique ait pu révéler aucune lésion matérielle des centres nerveux.

Même analogie dans les caractères anatomiques : 5 fois hépatisation lobulaire rouge ou grise ; 5 fois, lésion des follicules isolés ou agminés de l'intestin ; 4 fois rougeur des bronches ; pâleur, une fois ; dilatation, 4 fois.

Les altérations bronchiques semblent au premier coup-d'œil, détruire l'opinion que j'ai essayé d'établir plus loin, c'est-à-dire, que la coqueluche est une névrose ; mais il ne faut pas perdre de vue que la bronchite, comme la pneumonie, est là une complication, un effet en quelque sorte de la maladie, et non pas une cause essentielle de cette affection. Presque toujours dans la phthisie pulmonaire, vous trouverez la membrane muqueuse des bronches rouge et épaissie, quelquefois même ulcérée : qu'en conclurez-vous? Que la bronchite est une complication presque invariable des tubercules pulmonaires et pas autre chose, car tout ce que vous diriez au delà ne serait qu'hypothèse.

Quatre fois les nerfs pneumo-gastriques ont paru parfaitement sains ; ainsi en réunissant ces cas à ceux de la seconde série, nous verrons que sur huit fois où ils ont été disséqués, huit fois le résultat de l'examen anatomique a été en contradiction avec l'opinion des auteurs qui prétendent expliquer la coqueluche par une altération matérielle du nerf vague.

Une fois il y a eu ramollissement gélatineux de la membrane muqueuse gastrique, sans autres symptômes, pendant la vie, qu'un vomissement dont les quintes rendaient d'ailleurs suffisamment compte.

Les tubercules n'ont pas toujours existé dans les poumons : trois fois seulement sur nos cinq cas, il y en avait dans le parenchyme pulmonaire ; quatre fois dans les ganglions bronchiques, 2 fois dans la rate ; une fois ce dernier organe n'en

comptait qu'un seul, à l'exclusion de tous les autres organes. Une fois, il existait une communication d'une bronche avec une caverne pulmonaire; une autre fois c'était avec un ganglion bronchique rempli de matière tuberculeuse ramollie.

Quant au traitement, il a été purement antiphlogistique. On a employé isolément ou conjointement la saignée générale dans 4 cas; les sangsues 4 fois; les ventouses scarifiées 2 fois, avec une égale persévérance, comme aussi avec un égal insuccès : l'ipécacuanha fut donné une fois associé aux émissions sanguines. Bien entendu que, dans ces cas, comme dans ceux de la seconde série, des vésicatoires sur la tête, à la nuque, sur la poitrine, ou aux jambes, suivant l'indication, ont été appliqués chez presque tous les sujets dans une période avancée et dans la période ultime de la maladie.

La durée la plus longue de la coqueluche dans ces derniers cas, a été de 2 mois; la plus courte de 3 semaines, la durée moyenne de 5 semaines, un peu plus que pour les sujets de la série précédente. Certes, cette complication tuberculeuse est beaucoup plus grave que celle de la pneumonie, puisque avec elle le terme est irrévocablement fatal, tandis que la phlegmasie du parenchyme pulmonaire n'est pas au-dessus des ressources de l'art; mais ici elle mettait nos malades dans un danger moins immédiat; car on ne peut supposer que chez le sujet, par exemple, où il y avait un seul tubercule dans la rate, ce tubercule solitaire pût influencer en rien la marche naturelle de la coqueluche.

Obs. Ire. — « Coqueluche (prurigo). — Malade depuis un » mois. Quintes depuis 15 jours. Point de fièvre. Oxyde de zinc. » Amendement. Léger point pleuro-pneumonique du côté gau- » che qui cède rapidement à une saignée de bras. On reprend » l'oxyde de zinc. Vésicatoire au bras. Malade guérie 40 jours » après son entrée à l'hôpital, et 55 jours après le développe- » ment des quintes. » — Cesbon, âgée de 12 ans (cheveux châtains foncés, peau blanche), n'a jamais d'éruptions croûteuses au cuir chevelu, ni d'ophthalmies, ni de glandes engorgées au cou. A Paris, depuis quatre ans, elle s'enrhume facilement. L'hiver dernier elle a été reçue à l'hôpital pour un érysipèle à la face.

Malade depuis un mois, elle tousse depuis lors, et par quintes seulement depuis 15 jours; point d'autre dérangement d'ailleurs.

Le 21 août 1826, lendemain du jour de son entrée, quintes de coqueluche fortes et prolongées, respiration généralement bonne, excepté en haut, en arrière à droite de la poitrine, où l'on entend quelques bulles sous-crépitantes, percussion sonore, 68 pulsations par minute. Céphalalgie nulle, embonpoint conservé, infiltration des paupières, appétit bon, langue naturelle, ventre indolent, un peu de constipation (hydromel, julep huileux, soupe, bouillon).

Le 22, la toux revient par quintes répétées et fatigantes; l'expectoration est composée de matières filantes blanchâtres. Il existe sur la face dorsale des avant-bras de petites papules écorchées au sommet, sans rougeur au pourtour, et excitant un prurit très vif : elle ignore depuis quand existe cette affection cutanée (même prescription).

Le 23, moins de quintes pendant la nuit. Elles n'amènent jamais de vomissemens depuis son entrée; elle dit qu'elle arrête quelquefois une quinte, en buvant, au moment où elle sent qu'elle va avoir lieu, un peu d'eau froide. 64 pulsations, peau fraîche, un selle naturelle en 24 heures, face bouffie, même état de la respiration (même prescription).

Le 24, état généralement bon, presque point de quintes cette nuit; la toux a été seulement un peu sèche (Hydrom. jul. gom. avec 12 grains d'oxyde de zinc).

Le 26, les quintes sont tout à la fois, et moins fréquentes et moins longues; respiration pure, 64 pulsations. (même prescription; 15 gr. d'oxyde de zinc).

Le 27, hier et ce matin, elle a vomi sa potion sans avoir toussé (12 grains).

Les 28, 29, 30, point de changement, la potion n'est plus vomie.

Le 1er septembre, hier au soir, après plusieurs quintes assez fortes, elle a vomi sa soupe et elle a été prise d'un léger frisson et d'une douleur vive en dehors du sein gauche, suivie d'oppression, de chaleur et d'accélération du pouls. Une saignée de ℥ viij a été faite, et ce matin le sang assez consistant n'est pas couenneux. La douleur de côté n'existe plus, l'expansion pulmonaire est bonne, la percussion sonore, mais en arrière à gauche, on entend un peu de râle sous-crépitant. Les crachats sont muqueux, blanchâtres, le pouls à 88 (Mauve édul. j. g. diète absolue).

Le 2, sommeil bon, quintes rares, pouls à 70, aucune douleur, quelques bulles de râle humide, en arrière à gauche, appétit (même prescription, lait).

Le 3, cette nuit retour de quelques quintes assez fortes, état généralement bon (vésicatoire au bras).

Les 4, 5, 6, 7, 8, la malade se trouve bien, sauf la toux qui, quoique rare, revient quelquefois encore par quintes avec sifflement terminal (Mauve éd. j. g. avec 8 gr. d'oxyde de zinc, le quart de portion).

Le 14, l'oxyde de zinc a été porté successivement à 15 grains; depuis lors les quintes sont réduites à 3 ou 4 en 24 heures; seulement elles amènent presque toujours des vomissemens.

Les jours suivans, on donne une infusion de serpolet édulcorée, la malade tousse à peine; on suspend l'oxyde de zinc et bientôt elle mange les trois quarts de portion,

Le Ier octobre, elle sort guérie.

Obs. IIe — « Coqueluche. — Époque incertaine du début. » Quintes bien caractérisées. Expansion pulmonaire pure. Pou- » dre de belladone sans effet. Emplâtre émétisé dans le dos : » amélioration. Sortie en voie de guérison, 27 jours après son » entrée. » — Flamisset (6 ans et demi, née à Paris, blonde et maigre). Aucun renseignement sur l'état antérieur de cette enfant, ni sur l'époque depuis laquelle existe sa maladie. Entrée à l'hôpital le 15 janvier 1828.

Le 16 à la visite : lèvres croûteuses et un peu saignantes, face pâle, pouls faible à 100 pulsations, poitrine sonore à la percussion, expansion pulmonaire bonne, quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin, langue naturelle, ventre souple, indolent, point de diarrhée; un peu d'appétit; pas de soif (mauve édulc. j. g.; collutoire avec le miel et l'huile pour les lèvres; lait).

Les 17 et 18; même état, appétit vif (semoule). La maladie reste stationnaire; point ou peu de fréquence dans le pouls : cinq à six quintes assez fortes par jour et autant la nuit (même prescription).

Le 26; quintes toujours aussi fortes et plus fréquentes, expectoration muqueuse mêlée de résidu alimentaire, régurgité à la suite de la toux (Crême de riz. Mauve édul. julep. gom.).

Le 1er février. *Deux grains de poudre de Belladone* dans le julep.

Le 3; point de changement dans les quintes, un peu de dévoiement (gom. ed. j. g, avec 4 gr. de poudre de belladone, panade).

Le 5; même fréquence des quintes, toujours avec sifflement (emplâtre de poix émétisé entre les deux épaules).

Le 7; pustules nombreuses et assez volumineuses au-dessous de l'emplâtre. Mêmes quintes de toux, amenant fréquemment des vomissemens de matière glaireuse ou d'alimens. Diarrhée peu abondante. L'auscultation ne fournit aucun nouveau résultat, 104 pulsations, pâleur et affaiblissement (suppression de la belladone, décoction de lichen, ℥ IV. panade).

Le 9. Toux grasse et humide, quintes plus rares, pouls sans fréquence notable, chaleur naturelle, plus de toux ni de vomissemens après les quintes, selles naturelles (même prescription, lait de poule (M. Guersent la renvoie le 12 février, en voie de guérison).

Obs. IIIe. — « Coqueluche. — Rhume depuis deux mois. » Quintes de coqueluche depuis trois semaines environ. Râle » muqueux et sous-crépitant en arrière des deux côtés de » la poitrine. Expansion pulmonaire bonne. Vésicatoire sur » le sternum. Point d'amélioration. Vomitif. Diminution. » des quintes. Sortie: Soulagement prononcé après douze » jours de séjour. » — Cette fille, âgé de 3 ans et demi, tousse depuis deux mois, et n'a des quintes de coqueluche que depuis trois semaines ou un mois. Elle a eu la rougeole il y a dix jours sans que cette éruption, qui est éteinte depuis quatre jours, ait eu d'autre influence sur la toux que de la rendre plus fréquente. Il existe un peu de diarrhée depuis trois jours. Entrée à l'hôpital le 23 août 1826.

Le 24, quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin, assez fortes et répétées, surtout cette nuit; face pâle et bouffie, pouls à 108, peu développé; râle muqueux et sous-crépitant en arrière des deux côtés de la poitrine; expansion pulmonaire bonne; percussion sonore; langue blanche au centre, rose au pourtour, humide partout. Ventre indolent; pas de selles (Jul. gom,; pédiluve sinap.; demi-lavement émollient; diète absolue).

Les 25 et 26 les quintes continuent d'être fréquentes; 116 pulsations; même résultat de l'auscultation, point de diarrhée, langue blanche et humide. (Même perscription; un vésicatoire sur le sternum.)

Le 27, insomnie, toux avec sifflement terminal et expectoration de crachats muqueux, épais, verdâtres; pas de vomissement; un peu de diarrhée cette nuit; 112 pulsations. (Entretenir le vésicatoire; même prescr. d'ailleurs.)

Le 28, même état. (15 graines de poudre d'*ipeca, illicó* dans un julep.

Le 29, le vomitif a provoqué le vomissement de mucosités filantes et de crachats verdâtres. Les quintes ont paru moins fréquentes hier; 104 pulsations. (Gomme édulc.; jul. gom.; lavement émollient; diète.)

Le 31, diminution des quintes qui sont aussi moins fortes; 95 pulsations; expansion pulmonaire franche et presque sans râle. Point de diarrhée : porter le vésicatoire de la poitrine au bras. (Solut. de sirop de gomme arabique; j. g.; lait, bouillon.)

Le 3 septembre, l'amélioration est notable depuis quelques jours; l'appétit est bon; les quintes ont lieu le soir, une fois dans la nuit et le matin au réveil; elles sont courtes. Il n'y a point de fièvre. M. Guersent conseille la sortie.

Obs. IVe — « Coqueluche simple. — Coqueluche contracté à 29 ans, au milieu d'une épidémie et après une re» froidissement subit. Antiplogistiques au début. Nul soula» gement. Révulsifs et antispasmodiques. Régime très sé» vère. Guérison au bout de 75 à 80 jours.» — L'observation suivante m'a été communiquée par M. Lefèvre, médecin à Remy (Oise): il fut atteint de la coqueluche pendant une épidémie qui régna dans ce pays dans l'été de 1827. Je laisse parler le malade lui-même, ne voulant rien changer à sa rédaction.

» J'étais âgé de 29 ans, doué d'un tempérament sanguin, d'une constitution grêle et irritable. Jusqu'à cet âge je n'avais eu que deux ou trois catarrhes pulmonaires légers, qui jamais ne m'avaient forcé de m'aliter. Depuis trois ans je portais sur la peau, pendant l'hiver, un gilet de flanelle que je quittais seulement pendant les grandes chaleurs, et jusque-là sans en avoir éprouvé le moindre inconvénient. Le 4 août 1827, après m'être échauffé beaucoup à une opération que je pratiquai près d'un grand feu, je sortis tout couvert de sueur pour respirer l'air frais. (C'était le soir.) Je n'en ressentis aucun malaise immédiat, mais le lendemain je fus enrhumé. Plusieurs jours se passèrent pendant lesquels je n'éprouvai que les phénomènes ordinaires d'un rhume peu intense. Bientôt quelques quintes de toux convulsives se manifestèrent, et la coqueluche ne fut plus douteuse. Dès-lors s'établit une expectoration muqueuse et filante, et les quintes se répétèrent jusqu'à dix et douze fois par jour. Je n'en avais guère que quatre ou cinq pendant la nuit.

» Cet état dura sans variations bien remarquables pendant douze à quinze jours. A cette époque les quintes se rapprochèrent et devinrent plus violentes: à leur approche je me cramponais aux objets qui m'environnaient pour y chercher un point d'appui, et j'étais souvent, pendant qu'elles avaient lieu, dans un état voisin de la syncope. (Une syncope complète eut même lieu une ou deux fois pendant cette période de la maladie, et quatre ou cinq fois dans les deux septenaires suivans.) Vers le 16e jour, les quintes devinrent encore plus fréquentes; souvent j'en comptais plus de vingt dans la journée, et huit ou dix pendant la nuit. L'expectoration, toujours muqueuse, devint alors plus abondante; une légère douleur se fit sentir à la partie inférieure du côté droit de la poitrine, vers l'attache du diaphragme. Je l'attribuai aux violentes secousses qu'éprouvait ce muscle pendant les quintes, rien ne pouvant faire soupçonner qu'elle fût le résultat d'une irritation des organes thoraciques.

« L'état que je viens de décrire fut le plus aigu de la ma-

ladie, et il dura environ vingt-cinq jours. A cette époque les matières expectorées étaient plus épaisses et jaunâtres. Vers le 40e jour la coqueluche était arrivée à son *summum*. Bientôt je crus apercevoir une légère décroissance dans les symptômes, et du 40e au 60e jour cette décroissance fut telle, que les quintes devenues moins vives n'avaient plus lieu que six à huit fois dans les vingt-quatre heures. A ce moment il se manifesta des sueurs très abondantes; la toux, devenue plus rare, perdit de son caractère convulsif, les crachats furent plus opaques et moins difficiles à expectorer, la douleur de côté disparut, et dans le cours du troisième mois la guérison fut presque complète.

» Voici les moyens de traitement que je mis successivement en usage, suivant les périodes de la maladie :

» 1re *Période*. Boissons adoucissantes variées. Régime peu sévère.

» 2e *Id*. Deux saignées de bras de trois palettes chacune. Mêmes boissons. Potions huilées et gommées. Diète lactée. Reprise du gilet de flanelle.

« 3e *Id*. Vingt sangsues sur le point douloureux. (Diminution légère de la douleur de côté; aucune amélioration sensible dans les symptômes généraux.) Vers la fin de cette période, ipécacuanha à dose vomitive. (Plusieurs vomissemens faciles et abondans; emploi des pilules suivantes: ℞ extrait de valériane et de belladone, aa 3j; oxyde de zinc, 3 ℈, f. s. a. 36 pilules.)

» Nul soulagement immédiat des deux moyens ci-dessus.

» 4e *Id*. Continuation des mêmes boissons; même sévérité de régime. Application de la pommade d'Autenrieth sur la poitrine. Usage continuel du looch suivant, qui constamment a soulagé mes quintes quand j'ai pu en prendre avant leur invasion. (℞ Infusion très concentrée de fleurs de coquelicot, ℥ iv; amandes-douces, N° xxiv; sirop de gomme, ℥ ij; eau de fleurs d'oranger, 3 ℈.)

» Commencement de rémission; mais alors se manifestèrent quelques symptômes d'irritation gastrique, et en particulier des vomissemens que j'attribuai à l'action de la pommade émétisée. Cette action fut en effet très vive; les pustules devinrent énormes. Je ne connais pas, je l'avoue, de douleurs plus intolérables que celles qu'elles me firent éprouver. C'était une cautérisation permanente.

» 5e *Id*. J'ajoute au lait un peu de bouillon et de vin; infusion et looch de coquelicot; emplâtre d'opium camphré sur le côté douloureux. Vers le 80e jour, cessation complète de traitement.

» *Nota*. Pendant la période d'acuité de la coqueluche, les quintes furent quelquefois terribles. Je sentais alors une oppression extrême dans toute la poitrine, la face était violette, les yeux rouges et larmoyans; mes idées se troublaient, la suffocation était imminente; je me sentais comme asphyxié; je faisais de vains efforts pour faire pénétrer de l'air dans mes poumons; je frappais du pied. Si j'étais dans un appartement, je me précipitais au-dehors pour respirer l'air libre, et là souvent je tombais à demi-mort. Enfin quelques petites inspirations saccadées avaient lieu; un peu d'air entrait dans ma poitrine, et bientôt une longue inspiration sonore me rendait à la vie.

» Le traitement de ma coqueluche a été, comme on voit, aussi antiphlogistique que possible dans les premières périodes, et cependant je n'en ai éprouvé qu'une amélioration momentanée et tout-à-fait minime. Ce n'est que plus tard que le soulagement s'est fait sentir, et en vérité je ne sais si c'est au traitement que je le dois.

» J'ai oublié de vous parler de l'état du pouls : hors le moment des quintes, je l'ai presque toujours trouvé dans l'état normal. »

M. Lefèvre, en terminant, me parle d'un de ses amis qui contracta la coqueluche dans le même village, et presqu'en même temps que lui, après avoir aussi quitté le gilet de flanelle qu'il portait habituellement. Il fait remarquer que ce jeune homme, d'un tempérament bilieux et sanguin, d'une constitution athlétique, ne voulut se soumettre à aucun traitement ni suivre presque aucun régime. Sa maladie fut des plus intenses, mais il n'en continua pas moins de prendre du café et des liqueurs fortes. Les seuls résultats peut-être de cette imprudence furent quelques symptômes d'irritation gastrique assez vive et des vomissemens qui, presque toujours d'ailleurs, le soulagèrent. La durée totale de sa maladie fut de trois mois.

Obs. Ve — « Coqueluche; convulsions. — Après un mois » de coqueluche, compliquée dix jours avant d'inflammation » pulmonaire. Convulsions presque continuelles jusqu'à la » mort; cerveau et méninges un peu injectés seulement; » inflamm. des ganglions bronchiques et des bronches; pneu- » monie partielle des deux lobes inférieurs des poumons. » — Le 30 septembre 1830, je fus appelé à deux heures du matin, chez M. B***, rue Neuve-des-Petits-Champs, pour un de ses enfans qui venait d'être pris de convulsions.

Le petit malade, âgé de 25 mois, habituellement sujet au rhume, avait la coqueluche depuis un mois environ; et dix jours auparavant, M. Guersent avait fait placer quelques sangsues vers la base de la poitrine en arrière, où existait alors du râle crépitant. La perte de sang avait été considérable, et depuis lors, la fièvre avait presque cessé, et les quintes étaient devenues plus rares et moins fortes. Le 30, l'enfant ayant paru un peu brûlant le soir, des cataplasmes sinapisés avaient été mis autour des pieds et retirés quelques heures après. A une heure du matin, on vint réveiller la mère, en lui apprenant qu'à la suite d'une quinte, il s'était manifesté des mouvemens convulsifs. En attendant mon arrivée, deux lavemens furent administrés, qui amenèrent deux évacuations jaunâtres et liquides, et l'on donna un bain de pieds sinapisé. A deux heures, je trouvai l'enfant dans l'état suivant : face pâle, front chaud, yeux complètement ouverts; pupilles dilatées et immobiles; globes oculaires fixés en haut; mouvemens convulsifs continuels dans les muscles des ailes du nez et de la bouche; agitation continuelle de la main gauche, dont les doigts sont fléchis; flexion des doigts de la main droite qui reste immobile; point de toux; respiration courte et fréquente, un peu irrégulière; pouls à 140, assez développé; peau chaude et moite; ventre tendu et météorisé. (Quatre sangsues aux tempes; sinapismes chauds aux pieds; cataplasme émollient sur le ventre.)

A trois heures et demie, j'appelle M. Guersent, qui, le trouvant dans le même état, fait appliquer quatre autres sangsues derrière les oreilles, et conseille en outre des compresses imbibées d'eau froide sur la tête, des inspirations

d'éther sulfurique, un lavement purgatif, puis un bain tiède de vingt-cinq minutes.

Aucun soulagement ne suit l'emploi de ces divers moyens; à des intervalles plus ou moins éloignés, il survient un peu de toux, mais sans quintes de coqueluche.

A cinq heures et demie du matin, les mouvemens convulsifs s'arrêtent; toutefois les mains restent fermées, les paupières écartées, et les conjonctives paraissent assez fortement injectées; la tête est toujours chaude, et la face très pâle. (Continuation des applications froides sur la tête; deux ventouses scarifiées à la base du crâne; deux lavemens purgatifs avec décoction de séné et huile de ricin; deux vésicatoires aux jambes.)

A sept heures et demie, point de changement. M. Loiseleur-Deslonchamps propose un large vésicatoire sur le sternum qui est appliqué immédiatement. Un peu plus tard, les convulsions se renouvellent. Deux sangsues sont mises derrière les oreilles, le pouls offrant encore une certaine résistance.

A midi et demi, altération profonde des traits; les mouvemens convulsifs n'ont point cessé, le pouls est filiforme, la peau froide. J'arrête l'écoulement du sang et je prescris quelques gouttes d'éther dans un peu d'eau sucrée.

Mort à deux heures. Depuis l'invasion des mouvemens convulsifs, il n'y avait pas eu un seul moment de retour à connaissance.

Le 2 octobre, vingt-six heures après la mort, je procède à l'ouverture du cadavre, en présence de MM. Guersent et Loiseleur-Deslonchamps.

État extérieur. — Décoloration complète de toute la surface du corps; embonpoint médiocre.

Tête. — Tête bien conformée. Système vasculaire des méninges assez injecté. Sérosité transparente infiltrée dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien. Méninges saines. Masse cérébrale généralement un peu molle. Substance blanche piquetée de sang noir. Quantité minime de sérosité limpide dans les ventricules dont les parois n'offrent aucune altération notable.

Cervelet un peu mou, non injecté.

Protubérance annulaire de bonne consistance.

Cou et thorax. La membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère, pâle, est tapissée d'un mucus rougeâtre assez abondant qui se continue dans les bronches; la tunique interne de ces tuyaux est rouge jusqu'aux dernières divisions qui ne paraissent pas dilatées sensiblement.

Les deux poumons adhèrent entièrement à la plèvre costale et diaphragmatique.

A la base des principales divisions bronchiques et au devant de la trachée-artère, existent plusieurs ganglions quadruplés de volume, d'un tissu rouge et non tuberculeux.

La base des deux poumons est fortement engouée, et l'on y remarque trois ou quatre portions de tissu, splénifiées. L'un d'eux, à gauche, est à l'état d'hépatisation grise.

Toute la membrane muqueuse qui tapisse la bouche, le pharynx, l'œsophage et l'estomac, n'offre aucune altération de couleur ou de texture. Il y a seize dents.

Même état d'intégrité de l'intestin qui renferme des matières demi-liquides et jaunâtres; seulement dans l'iléon les plaques de Peyer sont assez saillantes, et les follicules de Brunner très nombreux et assez volumineux.

Les autres organes ont paru sains.

Obs. VIe — « Coqueluche. — Pneumonie partielle à droite » et à gauche. Convulsions.—Cerveau sain. Bronches rouges » et dilatées; pneumonie lobulaire à droite.» —Entrée à l'hôpital le 24 septembre 1828, Yolle Clotilde, âgée de 4 ans, était habituellement bien portante, mais sujette au rhume. Elle tousse depuis trois semaines et par quintes avec sifflement, depuis huit jours; céphalalgie, frissons irréguliers suivis de chaleur, soif, pas d'appétit.

Le 25 à la visite, face naturellement colorée, pouls à 100, régulier; elle a eu depuis son entrée plusieurs quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin, et expectoration de mucosités filantes; percussion sonore; râle sibilant des deux côtés de la poitrine, avec quelques bulles crépitantes. Langue nette et humide, ventre indolent, point de diarrhée. (Mauve édul. j. gom., 6 sangsues au-devant du thorax. Diète.)

Le 26, les morsures de sangsues ont fourni beaucoup de sang, les quintes ont été néanmoins très fréquentes et assez fortes, 128 pulsations, peau fraîche, pas de selles, agitation la nuit. (Mauve édul. j. g., catasplasme émol. sur la poitrine, pédil. sinap. D.)

Le 27, même état, 116 pulsations; point d'évacuations alvines. (Mauve édul., jul. gom., pédil. sinap. D.)

Le 29, point de changement du côté de la poitrine, trois selles liquides et jaunâtres, précédées de coliques. (G. éd. j. g. D.)

Le 30, mêmes quintes de toux, expectoration abondante, vomissemens provoqués par la toux; diarrhée. (Riz édul. j. g., vésicatoire sur le sternum.)

Le 1er novembre, un peu de sommeil la nuit, quintes un peu plus rares et plus bénignes; auscultation difficile à cause des criailleries; 104 pulsations; deux selles liquides, soif nulle, appétit, ventre indolent. (Entretenir le vésicatoire, gom. édul., j. g., péd. lavement ém., lait.)

Le 2, diminution de la toux qui conserve d'ailleurs son caractère convulsif; peu de diarrhée, point de douleurs nulle part. (Même prescription, miel rosat et huile sur les lèvres.)

Le 3, hier à 11 heures du soir, l'enfant a été prise d'une quinte de toux, de mouvemens convulsifs dans les membres supérieurs avec raideur plus marquée du bras droit; la religieuse dit que la face était pâle et sans convulsions; à 2 heures du matin, mort.

(A la visite du soir l'interne n'avait rien trouvé de particulier; l'enfant se plaignait, mais sans rien préciser.)

Nécropsie faite le 4 novembre au matin—Tête. — Méninges, cerveau et cervelet examinés avec soin, n'ont offert aucune altération remarquable. La substance cérébrale, non injectée, était un peu ferme; les vaisseaux superficiels un peu gorgés de sang.

Thorax. — Les bronches, dans leurs principales ramifications, un peu rouges et dilatées ostensiblement dans leurs divisions dernières.

Les divers lobes des poumons droit et gauche, en général bien crépitans, sont parsemés de portions indurées, précipitant au fond de l'eau. Dans ces points le tissu est mollasse, rougeâtre, coriace en quelque sorte, se laissant dif-

fiellement déchirer. Ganglions bronchiques peu développés.

Cœur et gros vaisseaux sains.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac est pâle, un peu plus épaisse *peut-être* vers la petite courbure; un mucus assez épais tapisse la surface interne.

L'intestin grêle contient des matières jaunes liquides. Çà et là on remarque quelques plaques rougeâtres; les follicules isolés sont un peu développés; les glandes de Peyer peu saillantes. Membrane muqueuse saine. Le gros intestin est sain.

Rien de particulier dans les autres organes.

Obs. VIIe — « Coqueluche. — Pneumonie partielle double. » Méningite de la convexité. Ramollissement blanc de la voûte » et des parois ventricul. Memb. muq. bronch. et gangl. bronch. » sains. Pneumonie partielle à droite et à gauche. Point de » tubercules. » — Moutonnier (Marie-Sophie), âgée de 6 ans, née à Paris, est entrée à l'hôpital le 23 septembre. Elle n'a pas eu d'éruptions au cuir chevelu, point d'ophthalmies, mais des glandes engorgées au cou. Elle a été vaccinée, et depuis a eu la varicelle, puis la rougeole, dans les premiers jours du mois dernier. Depuis lors, et après avoir eu une anasarque, elle a toussé constamment. Elle est d'ailleurs très sujette à s'enrhumer. Depuis douze jours elle tousse par quintes comme dans la coqueluche; elle est ordinairement brûlante le soir, et vomit souvent après les quintes. A la suite de sa rougeole un vésicatoire avait été mis sur le côté droit; on l'a remplacé par un cautère au bras.

Le 22, face pâle, peau fine et transparente, cils longs, pouls à 120; respiration bonne à gauche, malgré du râle muqueux et quelques bulles crépitantes; à droite, inférieurement et en arrière, légère différence à la percussion, expansion pulmonaire plus faible, et râle sous-crépitant assez fin; langue humide et rouge, ventre indolent, selles nulles, peau chaude, point de céphalalgie, amaigrissement. (Mauve édulc.; g.; péd. sin.: lavem.; saignée du bras de ℥ vj.) (Il est probable que c'est la scarlatine et non la rougeole qu'elle a eue; car sa sœur, maintenant aussi à l'hôpital, est atteinte de scarlatine.)

Le 25, même état; on n'a point fait la saignée. (Même prescription.)

Le 26, point de soulagement, la saignée a été pratiquée, le sang est séreux, le caillot mou.

Le 27, quintes de toux fréquentes et répétées, pouls petit et très accéléré, dyspnée fatigante, selles régulières. (6 sangsues sur le devant de la poitrine.)

Le 28, il semble que l'oppression soit plus forte depuis la saignée locale, qui a été assez copieuse; la face est très pâle, le pouls faible et très fréquent, à 128. Plaintes continuelles qu'elle ne cesse que pour tomber dans une espèce d'assoupissement si profond, qu'elle ne paraît point sentir les mouches qui lui couvrent le visage; elle retire les membres quand on les pince, ne paraît point souffrir de la tête. Une seule évacuation dans 24 heures. (Mauve édulc.; j. g.; sinap. aux pieds; un vésicatoire entre les épaules.)

Le 29, affaiblissement extrême, dyspnée considérable; les quintes de toux sont fortes et prolongées, elle rougit à peine alors, et retombe prostrée sans expectoration; pouls à 120. (Mauve édulc.; j. g.; sinap. aux extrémités inférieures; lait coupé qu'elle demande.)

Le 30, pendant la visite, deux quintes excessivement pénibles, sans crachats ni vomissement. (Même prescript.)

Le 2 octobre, moins d'assoupissement, mais dyspnée continuelle; elle boit volontiers son lait par cuillerées.

Le 3, affaiblissement plus marqué, face altérée, amaigrissement notable.

Morte le soir, sans convulsions.

Nécropsie le 6 octobre au matin. — Tête. — Les méninges, peu injectées, adhèrent tellement à la surface supérieure des hémisphères, qu'il est impossible de les en détacher sans déchirer la substance cérébrale elle-même. Le cerveau est pâle et mou; un piqueté rose-cerise se montre sur les tranches coupées horizontalement; une cuillerée à peine de sérosité transparente existe dans chaque ventricule latérale, dont les parois sont ramollies; la voûte à trois piliers est tout-à-fait diffluente et d'un blanc laiteux, sans aucune trace d'injection.

Cervelet un peu mou.

Rien de particulier à la base.

Cou et Thorax. — La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, n'offre aucune rougeur; des mucosités spumeuses sont contenues dans ces dernières qui ne semblent point dilatées.

Les ganglions bronchiques sont sains et non tuberculeux.

Les deux lobes du poumon gauche sont bien crépitans (sans tubercules), mais leurs bords antérieur et inférieur offrent un tissu mollasse, noirâtre, non perméable à l'air, et précipitant au fond de l'eau. Il en est de même pour les lobes supérieur et inférieur du poumon droit, dont le lobe moyen est presqu'en entier spléniné et précipite au fond de l'eau.

Cœur et gros vaisseaux sains, nerfs pneumogastriques sans lésion appréciable.

Abdomen. — Rien de remarquable dans l'estomac qu'une très petite plaque ponctuée de rose vers la région pylorique.

La membrane interne du duodénum est d'un rouge pâle. Les plaques de Peyer sont assez saillantes et plusieurs offrent une teinte rouge foncée; celle qui se rapproche le plus de la valvule est très longue et rouge. La membrane interne de l'intestin grêle est d'un rouge tendre, un peu plus molle vers les plaques.

Gros intestin sain.

Foie gorgé de sang, bile peu colorée et assez abondante.

Rien de particulier dans les autres viscères.

Obs. VIIIe — « Coqueluche. — Pneumonie partielle double. » Diarrhée. — Points pneumoniques multiples dans le pou- » mon droit et dans le gauche. Dilatation des bronches. » — Meunier (Henri) âgé de 4 ans (né à Paris, rue N^e S. Denis, 27), a les cheveux blonds, les cils longs, les yeux gris-bleus, la face pâle et un peu bouffie. Étant plus jeune, il a eu des éruptions croûteuses à la tête et quelques glandes engorgées au cou, point de mal aux yeux. Il est rarement enrhumé et jouit ordinairement d'une bonne santé, il n'a pas été vacciné et n'a pas eu la variole. Entré le 30 juin 1827 à l'hôpital.

Il tousse depuis 14 jours, et par quintes depuis 4 seulement; chaque quinte est, dit-on, terminée par un sifflement comme dans la coqueluche et suivie de l'expectoration de

crachats blancs épais, quelquefois de vomissemens d'alimens, d'autres fois d'épistaxis assez abondantes. Il ne s'est pas plaint de la tête, mais la respiration a paru plus gênée. Il est survenu de la fièvre, de la soif, de la douleur au creux de l'estomac et un peu de dévoiement. Il y a trois jours on lui a donné du sirop d'ipéca qui l'a fait beaucoup vomir sans amener aucun changement favorable. A la visite du soir, il venait d'avoir, à peu d'intervalle, trois quintes très fortes. L'interne lui trouva la figure gonflée, les lèvres violacées, la peau chaude, le pouls fréquent, la respiration accélérée, et son crachoir était à moitié plein de crachats muqueux blanchâtres et jaunâtres. Le ventre était souple, indolent; l'enfant n'accusait de douleur nulle part; des cataplasmes sinapisés furent appliqués aux pieds.

Le 1er juillet, à la visite du matin, face pâle et bouffie, les quintes ont été répétées fortement cette nuit; la poitrine est parfaitement sonore; du râle muqueux et sous-crépitant s'entend à droite, en arrière et latéralement; seulement un peu d'oppression, expectoration abondante de crachats jaunâtres striés de sang, nageant dans un liquide clair; pouls assez développé à 116. Peau chaude, langue bien humide, d'une couleur naturelle au pourtour, un peu blanche au centre. Appétit nul, peu de soif, ventre indolent, plusieurs selles liquides pendant la nuit. (Mauve édul.; julep gom.; saignée au bras de ℥ vj. diète.)

Le 2, le sang tiré la veille offre une proportion considérable de sérum, le caillot est peu consistant: même fréquence des quintes de toux, crachats presque puriformes, opaques, peu aérés, nageant dans un liquide filant. En arrière des deux côtés de la poitrine; râle muqueux très abondant avec quelques grosses bulles crépitantes à droite latéralement surtout; percussion sonore: 108 pulsations, assez résistantes, peau chaude, langue naturelle, légère douleur à l'épigastre, n'augmentant point par la pression, un peu de diarrhée. (M.e éd. j. g.; saignée de ℥ vj le soir, s'il y a du redoublement. Diète. Demi-lav. émol.)

Le 3. Le soir, l'enfant étant mieux, la saignée n'a pas été pratiquée. Le matin, quintes plus rares, 100 pulsations, plusieurs selles liquides jaunâtres et glaireuses, langue naturelle, ventre souple. (Gom. édul.; julep. gom.; 2 demi-lav. d'amidon et pavot. Diète.)

Le 4, sommeil nul, quintes fréquentes et prolongées, respiration accélérée, râle sous-crépitant en arrière à droite et à gauche, percussion sonore, 120 pulsations après une quinte, mêmes évacuations alvines. Il a peu gardé ses lavemens. (Même prescription.)

Le 5, les quintes sont moins répétées, mais aussi longues; même état de la poitrine, 124 pulsations, plusieurs selles muqueuses d'un blanc jaunâtre, ventre un peu sensible au toucher. (Même prescription, 6 sangsues à l'anus.)

Le 6, 128 pulsations, point de changement du côté de la poitrine, 2 selles liquides jaunâtres, non-glaireuses, ventre indolent, langue humide et rose, paupières œdématiées. (Gom. édul., j. g., lav. amylacés. D. abs.)

Le 7, face pâle, quintes toujours très fortes et avec sifflement terminal, crachats muqueux jaunâtres, peu abondans depuis les lavemens de pavot. 116 pulsations, chaleur naturelle. Le râle sous-crépitant est très abondant à droite en arrière, dans presque toute l'étendue de ce côté du thorax; moins à gauche, où il existe surtout inférieurement, une selle brunâtre, non glaireuse. (gom. éd. j., g., demi-lav. émol., diète.) Vésicatoire en arrère à droite de la poitrine.

Le 8, quintes plus rares, 112 pulsations, chaleur naturelle; l'enfant se plaint de l'épigastre et un peu au-dessus. Langue naturelle, ventre indolent, une seule selle demi-liquide jaunâtre (lait coupé).

Les 9 et 10, légère amélioration, râle moins sec, respiration moins fréquente, 96 pulsations, une selle presque naturelle. (Même prescription, lait.)

Le 11, 96 pulsations, quintes éloignées, sifflement presque nul, quelques crachats jaunes verdâtres, point d'évacuations alvines. (Entret. le vésic., semoule au lait.)

Le 13. Hier, jour d'entrée pour les parens, l'enfant a mangé des gâteaux: pouls fréquent, 108; quintes plus répétées pendant la nuit surtout, deux selles liquides. (Lait coupé.)

Le 14. Amélioration, 92 pulsations, une selle demi-liquide. (Mauve éd.; semoule.)

Le 15, les quintes reviennent encore à des intervalles assez rapprochés, toutefois la respiration paraît peu gênée. Il y a toujours du râle sec et sonore en arrière des deux côtés; langue humide, ventre indolent, une selle naturelle. (Mauve édul.; semoule.)

Le 16, deux selles liquides, il a mangé hier (jour d'entrée). 104 puls., crachats muqueux abondans. (Même prescription.)

Le 17, 88 puls.; fonctions digestives en bon état. (2 onces d'eau d'Enghien avec un peu de lait, soupe, bouillon.)

Les 18 et 19, même état, quintes rares; l'affection est presque réduite à un catarrhe.

Le 20, il a mangé hier des cerises et des gâteaux qu'il a vomis le soir, quintes plus fortes la nuit, 104 pulsations; une selle liquide. (Mauve éd., j. g., lait).

Le 22, les quintes persistent et l'expectoration ne diminue pas, 88 pulsations, état du ventre bon. (Eau d'Enghien 2 onces., j. g. avec extr. de ciguë 6 gr. et oxyde de zinc 10 gr.)

Le 24, aucun changement (on supprime le julep additionnel).

Le 25, crachats muqueux verdâtres, très abondans, une selle liquide, 96 pulsations. (G. éd. eau d'Enghien ℥ jj, panade.)

Le 27, hier au soir (jour d'entrée), indigestion, peau chaude et sèche, pouls très fréquent, yeux injectés, paupières très gonflées, oppression très forte, ventre douloureux, langue sale. La nuit plusieurs selles liquides et jaunes, quintes répétées le soir, respiration de plus en plus gênée, plaintes, dents un peu serrées, refus de boire. Mort sans convulsions à 6 heures du matin, le 27.

Nécropsie, faite le 28, 27 heures après la mort. — Tête et rachis. — Méninges humides, légère suffusion sanguine dans la pie-mère à la surface des deux hémisphères. Substance grise rosée sur toutes les circonvolutions (cette teinte est plutôt grise que rose); du sang fluide rose s'échappe par petites gouttelettes des tranches du cerveau coupé horizontalement, une petite cuillerée de sérosité rosée dans les ventricules latéraux, parties moyennes saines.

Même suffusion sanguine à la surface des méninges du cervelet et de la moelle épinière qui sont saines d'ailleurs.

Tissu cellulaire extérieur à la dure-mère rachidienne, un peu gorgé de sang.

Thorax. — Demi-verré de sérosité transparente dans la cavité des plèvres, glanglions interbronchiques un peu tuméfiés et rougeâtres. Adhérence celluleuse des lobes du poumon droit entre eux. Une foule de points pneumoniques, d'un demi-pouce d'étendue, parsèment les trois lobes de ce poumon; le tissu en est flasque, d'un rouge brun, non crépitant; il précipite au fond de l'eau et ne se laisse pas facilement déchirer.

Tout le pourtour de la base du lobe inférieur, et dans l'épaisseur d'un demi-pouce à sa circonférence, offre une altération semblable, qui se trouve exactement la même aussi dans le lobe inférieur du côté gauche.

En pressant ces points hépatisés, on n'en fait point suinter un liquide puriforme comme il arrive quelquefois.

Les dernières ramifications bronchiques sont un peu dilatées, une sonde de femme y pénètre; la membrane muqueuse est d'un rose pâle.

Le péricarde contient deux cuillerées de sérosité sanguinolente.

Cœur d'un volume ordinaire, épaisseur, du ventricule gauche au ventricule droit, comme 3 à 1. Sang fluide et noir à l'intérieur des cavités droites.

Abdomen. — Liquide trouble dans l'estomac, dont la membrane muqueuse, pâle, d'épaisseur et de consistance normales, offre un aspect gauffré vert à sa portion pylorique.

Matières demi-fluides jaunâtres dans la première moitié de l'intestin grêle, dont la membrane muqueuse est généralement pâle et sans altération notable de texture. Les follicules isolés sont assez développés, et un petit nombre de plaques de Peyer un peu saillantes.

La première portion du gros intestin contient des matières jaunes et pultacées. La membrane muqueuse est pâle et saine, un peu mince seulement vers le commencement du rectum.

Foie sain, bile rousse, rate dense et petite, reins et vessie sains.

Obs. IXe — « Coqueluche; pneumonie double; diarrhée. » — Cerveau, moelle épinière et méninges sains. Intégrité » de la muqueuse aérifère dans toute son étendue. Points » pneumoniques disséminés dans le poumon droit et le lobe » inférieur gauche. Exsudation albuminiforme dans l'iléon » et à la fin du rectum. » Monin, âgé de deux ans, est entré à l'hôpital le 15 juin 1827 : yeux bruns, cheveux blonds, cils très longs, face pâle; il conserve encore un certain embonpoint; il n'a que dix-huit dents. Aucune maladie antécédente, seulement très sujet au rhume et ayant toussé tout l'hiver. Diarrhée assez fréquente alors. Il n'est sevré que depuis un an. Il y a quatre jours que la toux a lieu par quintes, pendant lesquelles la face devient violette. Il ne crache pas, a beaucoup de soif, ne parait pas souffrir de la tête, et a de la diarrhée.

Le 16 juin, à la visite du matin, cet enfant, qui est pâle et très faible, a eu, depuis son entrée, nous dit-on, plusieurs quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin. La toux, d'abord sèche, devient ensuite un peu plus humide, et a lieu bientôt par secousses répétées qui se terminent par un sifflement aigu; la face est rouge, les yeux larmoyans; l'enfant s'agite et crie après, puis retombe affaissé (récit de la religieuse). Pouls 104, assez faible; respiration bonne; langue humide; deux selles verdâtres liquides. (Gom. éd., jul. gom., péd. sin. demi-lav. émol., diète.)

17, même état, un peu plus de fréquence dans le pouls.

18, quintes fréquentes et prolongées qui ont troublé le sommeil. 124 pulsations; râle sous-crépitant en arrière à droite de la poitrine, et à gauche inférieurement lors des secousses de toux; langue sale à la base; ventre souple, indolent; point d'évacuations alvines (même prescrip.; 2 ventouses scarifiées en arrière du thorax, 6 grains de poudre d'ipéca. pour demain matin, diète).

19, l'ipécacuanha n'a amené ni nausées, ni vomissemens, ni selles : l'état du malade est le même; on parvient difficilement à examiner la poitrine, à cause des criailleries qui sont suivies de quintes. (Mauve édul., demi-looch blanc, d.)

20, respiration assez pure antérieurement. Quelques bulles crépitantes en arrière, et surtout à droite. Une selle liquide jaunâtre. Langue blanchâtre. Ventre sans douleur ni tension. Face plus pâle, bouffie. (Même prescription.)

21, peau chaude. 120 pulsations petites et faibles. Lèvres sèches et croûteuses : langue rose, peu humectée; soif; même fréquence et même force des quintes de toux. Une selle liquide jaune. L'enfant est difficile à explorer; il parait toutefois intelligent. (Mauve éd., j. g., demi-lav. émol., cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, diète.)

22, point de changement : il demande à manger. (Même prescription.)

23, deux selles liquides; peu de sommeil à cause des quintes; peau froide; 124 pulsations; langue et lèvres sèches; ventre indolent à la pression. (Prescription continuée.)

Le 24, la respiration reste accélérée, même assez longtemps après les quintes; le pouls est petit et très fréquent; appétit (lait coupé).

25, amaigrissement, quintes répétées, après lesquelles la respiration s'accélère considérablement. Expansion pulmonaire faible en arrière des deux côtés, légère matité à droite; criailleries perpétuelles, évacuations de matières liquides jaunâtres, non glaireuses. (Gom. édul., j. g., demi-lav. émol., sinapismes.)

26, à cinq heures et demie après midi, après avoir bu avec plaisir un peu de lait coupé, tout-à-coup l'oppression a augmenté beaucoup, la face s'est décomposée, un froid glacial est survenu, le pouls ne se sentait qu'à peine, résolution et presque insensibilité des membres. Mort sans convulsions à six heures précises.

L'interne nous fit observer que cet état si grave et si subit n'avait cependant point succédé à une quinte.

Nécropsie 40 heures après la mort.—Tête et rachis. —Les vaisseaux superficiels qui rampent à la superficie du cerveau en arrière sont gorgés de sang; en avant, ils sont tout-à-fait vides de sang. Méninges humides et saines. Cerveau généralement pâle ainsi que le cervelet. Une cuillerée de sérosité transparante dans chaque ventricule latéral. Quantité non appréciée, mais assez forte à la base du crâne. État normal de la moelle épinière et de ses mem-

branes. Sinus veineux du rachis gorgés de sang noir fluide.

Cou et thorax. — Muqueuse du pharynx, du larynx, de la trachée-artère et des bronches jusqu'à leurs dernières ramifications, pâle et sans altération d'épaisseur ni de consistance. Ganglions bronchiques sains.

Nulle altération notable dans les nerfs pneumo-gastriques, examinés avec le plus grand soin.

Plèvres sans adhérences ni épanchement.

Cœur et gros vaisseaux sains.

Le poumon droit offre une foule de petits points hépatisés en rouge, non grenus, plus nombreux en arrière et au sommet du lobe supérieur. Dans le lobe moyen, l'hépatisation occupe une partie assez étendue. Le lobe inférieur est en quelque sorte marbré à sa surface par de petits points enflammés qui forment des espèces de plaques superficielles, n'intéressant pas le tissu pulmonaire à plus d'un demi-pouce de profondeur.

Le poumon gauche présente quelques-uns de ces points hépatisés en rouge cerise, d'un tissu analogue à celui de la rate, et précipitant au fond de l'eau dans le lobe inférieur seulement, où la lésion paraît plus avancée. Le lobe supérieur est sain.

Abdomen. — L'estomac contient quelques flocons de matière caséeuse : il est un peu contracté sur lui-même; sa tunique interne est pâle, d'épaisseur et de consistance normales.

Quelques follicules plus volumineux que de coutume dans le duodénum.

Le jéjunum contient des matières liquides d'un jaune verdâtre, et l'iléon quelques flocons de matière verdâtre. Vers son extrémité inférieure, les matières deviennent grisâtres, et, sur son dernier pied, on observe une couche de matière albuminiforme comme granulée, plus abondante dans l'intervalle des plaques de Peyer, s'enlevant assez facilement en râclant avec le dos du scalpel, et laissant voir au-dessous la muqueuse pâle, nullement altérée dans sa texture. Follicules isolés peu développés. Follicules agminés assez rouges, non saillans.

Ganglions mésentériques sains.

Matières jaunes liquides dans le gros intestin, dont la membrane muqueuse est pâle et saine, excepté au pourtour de l'extrémité inférieure du rectum, où il existe une exsudation analogue à celle qu'on observe à la fin de l'iléon. Rien de particulier dans les autres organes, qu'une bile noire très poisseuse dans la vésicule; le foie paraissant sain.

Obs. X^e — « Catarrhe pulmonaire chronique; coqueluche. » Varioloïde, pneumonie tuberculeuse double. — Cerveau » sain. Membrane muqueuse aérifère pâle. Dernières ramifi- » cations bronchiques dilatées. Ganglions bronchiques tuber- » culeux. Caverne à la base du lobe moyen du poumon droit » hépatisé presque entièrement. Pneumonie gauche. Un tu- » bercule dans la rate. Intestin grêle un peu rougé. Gros in- » testin sain. » — Deshays (Clémence), âgée de 7 ans. Entrée le 7 avril 1826 à l'hôpital. Cheveux blonds, cils très longs, yeux bleus, face pâle, n'offrant aucune cicatrice de variole ou de vaccine. Pendant son enfance, elle n'a eu ni croûtes, ni suintemens derrière les oreilles, ni glandes engorgées, ni ophthalmies. S'enrhume facilement l'hiver, tousse depuis deux mois, et davantage depuis six semaines qu'elle a des quintes. Depuis un mois, douleurs au côté droit du thorax, presque constantes, céphalalgie fréquente, amaigrissement. Deux jours avant son entrée, 9 sangsues ont été mises sur le point douloureux. L'écoulement du sang qui s'en est suivi a été abondant. Ventre indolent, selles rares.

Le 8 avril, à la visite, on remarque sur diverses parties du corps (les épaules, le cou, les cuisses et le ventre), de petites pustules à base un peu dure; d'autres sont desséchées et flasques. Quelques-unes sont remplacées par une croûte noire et sèche. Les quintes de toux sont fortes et fréquentes avec sifflement caractéristique terminal; l'expectoration abondante et composée de crachats blancs, verts, jaunâtres, épais, adhérens au vase. L'expansion pulmonaire plus faible à droite du thorax qu'à gauche où la sonoréité est également moindre; pouls à 95, langue blanche, sale à la base, ventre indolent, une selle naturelle. (Mauve édul. j. g. péd. sinap. lav.)

Le soir, peau chaude, pouls très fréquent et développé, quintes fortes, céphalalgie. (Saignée de ℥ iv.)

Le 9, 116 pulsations, même état que la veille. (Saignée ℥ iv.)

Le 10, 116 pulsations, mêmes quintes, crachats muqueux, épais, puriformes, striés de sang. (4 vent. scarif. en arrière de la poitrine.)

Le 11, légère amélioration, 95 pulsations, soif assez vive, langue sale, enduit jaune à la base, ventre indolent, crachats muqueux, jaunâtres, un peu aérés. (M. éd. j. g. péd. sin. diète.)

Le soir, pouls petit et fréquent peau chaude.

Le 14 avril, chaleur de la peau naturelle, pouls à 128, crachats puriformes, quintes un peu moins fréquentes, même différence dans l'expansion pulmonaire et la sonoréité entre les deux côtés de la poitrine; râle ronflant et muqueux à gauche.

Le 15, même état, 120 pulsations, une selle sans dévoiement. (un vésic. en arrière, à droite, parallèlement au rachis.)

Le 17, 132 pulsations, sommeil la nuit, quintes plus rares; le soir redoublement fébrile plus fort; céphalalgie, peau chaude. (Entretenir le vésicatoire.)

Le 18, quintes plus fréquentes; crachats puriformes; quelques stries sanguinolentes; haleine fétide, 124 pulsations, 60 inspirations par minute.

Le 20, 140 pulsations; même fétidité de l'haleine; crachats purulens, respiration très précipitée; peau peu chaude. (Gom. éd., j. g., sinapismes, lav.)

Les jours suivans même état; point de diarrhée, peu de soif, ventre indolent, affaiblissement. (G. éd., j. g., lav. avec décoct. de quinquina sinap., promenés sur les ext. inf.)

Le 25, face pâle, altérée, lèvres sèches, encroûtées; une selle liquide, dyspnée, quintes courtes, répétées, voix éteinte, fétidité de l'haleine. (Sinap.)

Morte à 1 heure après midi.

Nécropsie le 26 avril au matin. — *Tête.* — Méninges et substance encéphalique parfaitement sains.

Nerfs pneumo-gastriques sans altération appréciable.

Thorax. Muqueuse des voies aérifères pâle, ramifications bronchiques dilatées; une sonde cannelée peut être facilement introduite jusqu'à leurs dernières extrémités. Une

sonde de femme entre facilement dans deux de ces ramifications ultimes, qui viennent aboutir à une vaste excavation existant à la base du lobe moyen du poumon droit. Cette cavité pouvant contenir un gros œuf, renferme environ deux cuillerées d'un liquide grisâtre, et quelques flocons jaunâtres. En bas et sur les côtés, ses parois sont formées par le tissu pulmonaire rouge, et dense : leur épaisseur est de deux lignes. Point de fausses membranes à l'intérieur, ni concrétions, ni granulations albumineuses. Le tissu du poumon, très dense, présente l'aspect du bas-fond d'une vessie qui serait affectée d'un catarrhe chronique. On y voit des espèces de colonnes lisses qui s'entrecroisent et forment des aréoles en quelques points.

Le lobe supérieur présente quelques points hépatisés en gris dans l'étendue d'un pouce ou deux ; ailleurs il est crépitant.

Le lobe inférieur, d'un tissu rouge, facile à déchirer, présente à sa base des points hépatisés et durs. Il précipite au fond de l'eau.

Au sommet du lobe supérieur gauche, quelques points d'hépatise grise, infiltrés de pus : toute la base est à l'état d'hépatisation purulente.

Le lobe inférieur gauche offre un mélange d'hépatisation rouge et grise; on le déchire aisément et du pus s'écoule lors de l'incision. A la base de ce lobe, dans l'étendue d'un pouce et demi, on trouve un tissu dense, blanc, avec quelques lignes de gris ponctué de rouge qui entrecoupent cette portion de tissu. Ailleurs, existe un point ramolli, pouvant contenir une aveline et renfermant une matière jaunâtre; fluide, purulente, sans granulations.

Trois onces de sérosité limpide dans chaque côté de la poitrine.

Les ganglions bronchiques d'un tissu brunâtre à l'extérieur, offrent à l'intérieur un tissu blanc, dense, tuberculeux. Du côté droit existent en avant deux ganglions tuberculeux du volume d'une grosse noix, ramollis au centre.

Une cuillerée de sérosité limpide dans le péricarde.

Cœur assez ferme, rosé ; caillots fibrineux décolorés dans les cavités droites, épaisseur du ventricule gauche au ventricule droit, comme 3 à 1.

Ventre. — Ganglions mésentériques sains.

Mucus filant à l'intérieur de l'estomac, léger pointillé rouge sur la petite courbure. Membrane muqueuse généralement pâle est de bonne consistance, et d'épaisseur normale.

Muqueuse du duodénum d'un gris pâle, follicules très nombreux.

Membrane muqueuse de l'intestin grêle pâle, follicules isolés grisâtres, quelques plaques de Peyer rougeâtres, avec injection peu prononcée autour.

Membrane muqueuse du gros intestin pâle, de bonne consistance et d'épaisseur normale comme celle du petit.

Foie gorgé de sang fluide, bile jaune.

Rate décolorée, tissu mou contenant un tubercule du volume d'un pois.

Reins pâles ainsi que les uretères et la vessie.

Le reste sain.

Obs. XIe — « Bronchite. — Coqueluche. — Pleuro-pneu-
» monie gauche ;— Pneumonie partielle à droite;—Ganglions
» bronchiques tuberculeux. — Entérite. — Cerveau sain.—
» Inflammation de la membrane muqueuse aérifère ;—Dilata-
» tion des dernières ramifications bronchiques;—Tubercules
» dans les ganglions bronchiques;—Nerf vague sain.—Poumon
» gauche entièrement hépatisé.—Inflammation de l'iléon.» —
Denis, Thérèse, âgée de quatre ans et demi ; entrée à l'hôpital le 9 avril 1826. Cheveux blonds, cils longs, yeux bleus, face pâle, embonpoint conservé. Dans la première enfance, croûtes à la tête ; plus tard, glandes au cou, qui ont suppuré il y a trois ans. Assez bonne santé. Point sujette au rhume, et toutefois elle tousse depuis le 24 mars dernier et par quinte, surtout la nuit. La toux amène souvent des vomissemens ; la soif est vive ; il y a cinq jours qu'elle n'a été à la selle.

Le 10 avril, à la visite : peau chaude, 116 pulsations; langue blanche et humide ; soif, ventre douloureux, point d'évacuation ; toux fréquente, quintes avec sifflement caractéristique, crachats muqueux, jaunâtres, un peu adhérens au vase; râle muqueux et sibilant à gauche, du thorax avec moins d'expansion pulmonaire et moins de sonoréité à la percussion. (Saignée de ℥ iv., gom. éd. j., huil., lav. (*bis*), pédil., cat. sur le ventre.)

Le 11, 132 pulsations ; même état d'ailleurs ; une seule évacuation alvine.

Le 13, 136 pulsations; peau plus chaude, selles diarrhéiques.

Le 14, quintes très répétées, ventre douloureux ; selles liquides. (8 sangsues sur le ventre.)

Le 15, malgré un écoulement de sang abondant, point d'amélioration ; langue gonflée, papilles rouges et saillantes ; respiration anxieuse ; expansion pulmonaire presque nulle dans les deux tiers inférieurs du côté droit de la poitrine. (Saignée ℥ iv, vésicatoire en arrière, à droite.)

Le 16, 140 pulsations, peau chaude et sèche ; langue sèche, soif vive, selles liquides répétées ; quintes de toux fréquentes, dypsnée. (Sinap.)

Le 17, 160 pulsations, quintes plus éloignées, refus de boire, langue blanchâtre, humectée; la pression du ventre a lieu sans douleur. (4 grains d'émétique dans un julep gom.)

Le 18, pas une seule cuillerée de la potion stibiée n'a été prise. La malade crache tout ce qu'on veut lui faire boire; langue pâle et humide, lèvres sèches, encroûtées; diarrhée; pas de vomissemens, un peu de toux. (Même prescription.)

Le 19, refus de toute boisson ; face pâle, altérée. Chaleur âcre et sèche à la peau ; expectoration muqueuse presque nulle, respiration accélérée et petite. (Sinapismes.)

Le 20 avril, peau sèche et chaude, pouls d'une fréquence extrême. Toux quinteuse, pénible, dypsnée extrême ; morte à trois heures après-midi.

Nécropsie faite le 22 avril. — Appareil sensitif interne. — Vaisseaux veineux de la superficie du cerveau injectés. Méninges humides et saines. Substance cérébrale de bonne consistance ; une cuillerée de sérosité un peu trouble dans les ventricules latéraux. État normal des parties moyennes et de la base. Nerfs pneumo-gastriques sains.

Appareil respiratoire. — Légère rougeur sur la mu-

queuse des voies aérifères, surtout dans l'intervalle des arceaux cartilagineux.

Dilatation des ramifications bronchiques. Une sonde cannelée ordinaire pénètre aisément jusqu'à leurs dernières extrémités. La membrane muqueuse est d'un rouge violacé. Ganglions bronchiques volumineux, surtout à droite, tuberculeux au centre. Le côté gauche de la poitrine contient environ six onces de sérosité jaune, floconneuse. Des fausses membranes molles et récentes sont à la surface de la plèvre costale et pulmonaire.

Le lobe supérieur du poumon gauche est d'un tissu rouge, crépitant; mais dans l'espace de deux à trois pouces de sa base, il est hépatisé en rouge et gagne le fond de l'eau.

Le lobe inférieur est entièrement hépatisé en rouge. En arrière, on remarque quatre petits points de la grosseur d'une noisette, où le tissu est grisâtre et ramolli.

Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont rouges et crépitans. Le lobe inférieur est hépatisé en rouge. En arrière de ce lobe, on voit, au-dessous de la plèvre, un point grisâtre ramolli, sans communication avec les ramifications bronchiques.

Point de liquide dans le péricarde; épaisseur du ventricule gauche au droit: comme: 3 et demi à 1. Caillots fibrineux dans les cavités droites.

Appareil digestif. — Ganglions mésentériques sains.— L'estomac contient un liquide jaunâtre; du mucus épais adhère à sa surface interne qui offre vers le grand cul-de-sac des veines très injectées. Les rides de la portion pylorique sont très développées. Épaisseur et consistance de la membrane muqueuse naturelles. Le duodénum présente intérieurement une multitude de petits points noirs. Dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle, les matières contenues sont liquides et d'un jaune d'ocre. Dans le tiers inférieur, il y a peu de ces matières; les vaisseaux veineux sous-muqueux, sont injectés. Vers la fin, la rougeur est vive, l'injection est pointillée, les plaques de Peyer sont rouges et boursouflées, les follicules isolés très développés jusqu'à deux pouces de la valvule iléo-cœcale; à un pied environ de de cet endroit, et dans l'étendue de quatre pouces, l'injection est très vive. La membrane muqueuse redevient pâle près de la valvule. Au-dessous de la muqueuse de l'appendice cœcale, on voit des points noirs, confluens, déprimés, autour desquels la tunique interne est pâle et forme des bords élevés. Le gros intestin est distendu, et contient des matières verdâtres; quelques plaques rouges tranchent sur la membrane muqueuse, qui est généralement pâle. Consistance et épaisseur bonnes.

Le foie est gorgé de sang. Bile jaune dans la vésicule.

Les autres organes n'ont rien offert de remarquable.

Obs. XIIe — « Bronchite; coqueluche; pneumonie partielle à droite et à gauche; entéro-colite.—Cerveau et méninges sains. Perforation d'une bronche communiquant avec un ganglion tuberculeux; dilatation des bronches; pneumonie partielle et presque chronique à droite; pneumonie lobulaire à gauche. Ramollissement gélatineux de l'estomac. Développement normal des follicules isolés et agminés de l'intestin grêle. Tubercules dans la rate.» — Vesinch, âgée de 5 ans, entrée à l'hôpital le 8 avril 1826. Cheveux blonds, cils peu longs, teint rosé, embonpoint conservé. Dans la première enfance, croûtes à la tête et suintement derrière les oreilles; enrhumée chaque hiver. L'année dernière, des vers ont été rendus dans les selles; elle en rend encore à présent de temps à autre. Variole et rougeole successivement l'été dernier.

Malade depuis quinze jours; depuis lors céphalalgie, toux fréquente, quintes ensuite avec douleur au bas de la poitrine; nausées suivies de vomissemens; ventre douloureux; selles régulières et naturelles.

Depuis cinq jours elle est plus souffrante; agitation la nuit, quintes plus répétées, oppression, soif vive, fièvre.

Le 9 avril, à la visite, point de douleur à la tête; langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre; ventre indolent; une selle naturelle dans les vingt-quatre heures; toux par quintes, sans sifflement aigu terminal; râle muqueux des deux côtés du thorax en arrière; quelques bulles crépitantes au sommet des deux poumons; pouls fréquent et développé. (Infusion de fleurs de mauve, édulcorée avec sirop de gomme, julep gommeux, saignée de ℥ vj, pédiluves sinapisés, lavement, diète.)

Le 10, 132 pulsations, deux selles liquides; même état d'ailleurs. (Même prescription, sauf la saignée.)

Le 11, 128 pulsations, râle bronchique sec très abondant dans tout le côté droit. (8 sangsues en arrière à droite.)

Le 12, un peu moins de toux, râle crépitant disséminé à droite, râle muqueux à gauche, pouls fréquent, point d'évacuations alvines. (Trois ventouses scarifiées au côté droit, et une à gauche en arrière.)

Le 13, même état; quintes plus rapprochées, le sifflement final n'existe pas; deux selles liquides. (Gomme édulcorée, julep gommeux; demi-lavement émollient, pédiluves, diète.)

Le 14, quintes caractérisées par le sifflement et les nausées; à la suite, crachats muqueux filans peu abondans; même état de la respiration. (Même prescription, une saignée de ℥ iv le soir.)

Le 15, le caillot de la saignée est dense, il y a peu de sérum. Après la saignée, il y a eu un vomissement; 128 pulsations; quintes toujours fréquentes, avec sifflement incomplet; langue rose et humide; plusieurs évacuations liquides. (Julep gommeux, demi-lavement émollient édulcoré, julep, pédiluve sinapisé.)

Le 16, même état, 128 pulsations. (Même prescription, 6 sangsues à l'anus.) Le soir, respiration précipitée, anxieuse, face pâle, extrémités froides, pouls petit et très fréquent, râle crépitant sec à droite en arrière, expansion pulmonaire faible.

Le 17, même état, râle crépitant des deux côtés; les morsures des sangsues placées au dos sont ulcérées. (Vésicatoire en arrière à droite de la poitrine.)

Les 18, 19 et 20, le pouls reste à 127 pulsations; la respiration est toujours gênée et fréquente, la langue sale; le vésicatoire suppure beaucoup.

Le 21, 144 pulsations, toux fréquente avec quintes et sifflement prononcé à la fin, suivies d'éructations fatigantes; crachats rares, ventre indolent, diarrhée, même état de la poitrine.

Le 22, même état, ventre douloureux à la pression, soif vive. (8 sangsues sur le ventre.)

Le 23, à 9 heures du matin, l'enfant est à l'agonie; les bras sont agités de mouvemens convulsifs, les yeux portés en haut roulent dans l'orbite, parfois la pupille change de forme et s'alonge de haut en bas; une écume blanchâtre remplit la bouche; le pouls est insensible, la respiration suspirieuse; les poignets sont fortement fléchis sur l'avant bras.

Morte à 11 heures.

Nécropsie le 24 avril. — Tête. — Les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau sont peu injectés, les méninges saines, la substance cérébrale de consistance et de coloration normales. Parties centrales plutôt fermes que molles; une cuillerée ordinaire de sérosité dans chaque ventricule latéral. Les nerfs pneumo-gastriques pris à leur origine, et suivis attentivement ainsi que le nerf récurseur, sont blancs à l'extérieur comme à l'intérieur, et paraissent à l'état sain.

Thorax. — Ganglions bronchiques un peu développés et tuberculeux; quelques-uns blancs et fermes extérieurement et intérieurement; d'autres, noirâtres à l'extérieur, contiennent au centre de la matière tuberculeuse dense et blanchâtre.

Sur la bronche droite en dehors et en avant, au point où elle se continue avec la trachée-artère, il existe un ganglion du volume d'une grosse noix; en l'incisant on trouve au centre de la matière tuberculeuse blanche ramollie, qui semble contenue dans un kyste qui n'est pas autre chose que le tissu du ganglion plus dense et d'un rouge pâle. Ce kyste, isolé des autres ganglions et dont les parois ont une ligne d'épaisseur, communique avec une perforation d'une ligne et demie de diamètre qui existe sur la bronche droite. Dans cette ouverture se trouve de la matière tuberculeuse à demi fluide, qui fait saillie à l'intérieur de la bronche elle-même, dont la membrane muqueuse environnant la perforation offre une rougeur piquetée.

La membrane interne du larynx et de la trachée est pâle et recouverte de mucus blanchâtre adhérent. Les bronches contiennent des mucosités filantes; la membrane muqueuse offre une coloration rouge foncée; une sonde cannelée pénètre facilement jusqu'à l'extrémité des ramifications bronchiques qui semblent notablement dilatées.

Le lobe supérieur du poumon droit est blanchâtre, décoloré et sain; le lobe moyen, d'un tissu blanc, grisâtre, dense, offre en divers points de son tissu des portions plus dures, d'un rose pâle, et en quelque sorte chroniquement hépatisées; en dehors et au sommet du lobe inférieur, on voit une espèce de dépression de la largeur d'un pouce, dont le centre, plus enfoncé, après avoir été incisé, présente un kyste à parois celluleuses d'une demi-ligne d'épaisseur, du volume d'une aveline, contenant une matière d'un blanc jaune liquide. Autour de ce kyste, le tissu pulmonaire est rouge et bien crépitant. Ce lobe, quoique moins décoloré que le supérieur, paraît sain néanmoins.

Le lobe supérieur du poumon gauche offre un tissu rougeâtre bien crépitant, excepté à la base, vers le bord libre, où l'on remarque quatre points, d'un pouce d'étendue chacun, où le tissu est hépatisé ou rouge. Le lobe inférieur, assez rouge, surnage et n'est point engoué. La cavité des plèvres, saines d'ailleurs, ne contient point de sérosité.

On trouve une cuillerée de sérosité limpide dans le péricarde; les parois du ventricule gauche sont épaissies; la cavité petite, l'épaisseur relative avec les parois du ventricule droit est comme 3 et demi est à 1; on rencontre des caillots fibrineux blancs dans les cavités droites.

Abdomen. — Ganglions mésentériques sains, peu développés. Quelques mucosités adhèrent à la membrane interne de l'œsophage, qui est pâle.

Estomac distendu, membrane muqueuse généralement pâle; vers le grand cul-de-sac trois ou quatre bandes blanches de 3 lignes de largeur et de 1 à 3 pouces de longueur, et sur ces bandes la membrane interne est amincie, ramollie et manque en partie. Sur la paroi postérieure du grand cul-de-sac, existe un ramollissement gélatiforme dans l'étendue de deux pouces, comprenant toute l'épaisseur des parois gastriques; la plus légère distension produit deux perforations artificielles séparées par une bande gélatineuse transparente. Vers la portion pylorique de l'estomac la muqueuse paraît moins ramollie, mais elle est généralement mince et recouverte d'un mucus épais disposé par couches comme gélatineuses.

Le duodénum offre à sa face interne des points noirs. Dans les deux derniers tiers de l'intestin grêle les plaques de Peyer sont rouges et saillantes; les follicules isolés sont très développés. Les valvules inférieures du gros intestin sont colorées en rouge.

Foie gorgé de sang; bile noire et poisseuse dans la vésicule. 12 tubercules pisiformes ou lenticulaires dans la rate, dont le tissu est très dense.

Le reste sain.

Obs. XIIe — « Coqueluche; diarrhée; pneumonie partielle; » laryngite. — Tubercules pulmonaires et chroniques. Hé- » patisation à droite et à gauche. » — Grosset, âgé de cinq ans, cheveux bruns, yeux longs, teint frais, a eu la variole à deux ans (non vacciné); habituellement bien portant, mais s'enrhumant facilement; son frère a la coqueluche depuis un mois et demi. Quant à lui, après avoir toussé pendant quinze jours, il lui est survenu des quintes comme son frère, suivies quelquefois de vomissemens, et accompagnés de sifflement. Entrée à l'hôpital le 19 novembre 1827. Depuis quatre jours il a le dévoiement.

Le 20 novembre, à la visite, face un peu animée, quelques quintes de toux, avec sifflement à la fin, pendant la nuit; respiration peu gênée; râle muqueux et sous-crépitant peu abondant des deux côtés du thorax en arrière; 76 pulsations; peau fraîche; langue un peu rouge au pourtour, nette et humide partout; ventre indolent; deux ou trois selles liquides jaunâtres. (Gom. éd., j. g., demi-lav. émol.; diète.)

Le 21, la diarrhée est plus forte, les quintes sont rares. (6 sangsues à l'anus, demi-lav. d'amidon et tête de pavot.)

Le 22, une selle liquide, quelques quintes peu prolongées.

Le 24, la toux est sèche et a lieu par quintes pénibles, mais courtes; l'enfant se plaint de souffrir au-devant du cou; la voix est enrouée. (6 sangsues au-d. du larynx.)

Le 25, même état, 76 pulsations un peu inégales, toux rare.

Le 30, toux fréquente et sèche, presque sans quintes; râle muqueux en avant à gauche, sous-crépitant en arrière à droite; écoulement purulent par l'oreille gauche; douleur à la gorge. (Vésicatoire au-devant de la poitrine.)

Le 2 décembre, 124 pulsations; même état de la poitrine; de temps en temps une quinte, mais le plus ordinairement toux sèche, aiguë et fatigante; la diarrhée n'existe plus. (Saignée de ℥vj.)

Le 3, sérum abondant, caillot mou, recouvert d'une légère couenne grisâtre. Ce matin, respiration courte et fréquente; anxiété qui augmente rapidement; refroidissement; pâleur de la face; raideur des extrémités supérieures, pouls insensible. Mort à huit heures et demie, après une demi-heure d'agonie seulement. On n'avait rien remarqué auparavant. Il n'y a pas eu de convulsions des muscles de la face.

Nécropsie faite le 4 décembre, à neuf heures et demie du matin, vingt-deux heures environ après la mort. — *Tête.* — Sérosité violacée infiltrée dans le tissu sous-arachnoïdien. Vaisseaux superficiels non injectés. Rien à la base d'anormal. Moelle épinière non examinée.

La membrane muqueuse du larynx est rouge, surtout dans les ventricules. Trachée-artère et bronches saines. Ganglions bronchiques brunâtres; en avant des bronches droites ils sont convertis en substance tuberculeuse crue.

Thorax. — Au sommet du poumon droit, libre d'adhérence, et dans l'étendue d'un pouce en tous sens, le tissu est engoué et offre six petits tubercules miliaires. Le lobe moyen, dans son tiers antérieur, est grisâtre, flasque; il précipite au fond de l'eau; on le déchire avec peine, on en exprime par la pression une sanie rougeâtre, puriforme, sans fétidité. Lobe inférieur engoué. Les dernières divisions bronchiques sont d'un rouge violacé.

Le lobe supérieur gauche adhère au sommet avec la plèvre costale dans l'étendue de deux pouces et demi. Le tissu est dur et brunâtre. Au centre de ce lobe existe une excavation pouvant contenir une noix, et pleine de matière tuberculeuse ramollie. Cette cavité communique avec les bronches. Le lobe inférieur est fortement engoué. Les dernières divisions bronchiques rouges-brunes.

Aorte un peu rosée à l'intérieur. Cœur un peu mou, de volume ordinaire; cavités libres.

Abdomen. — Ganglions mésentériques pâles, peu développés.

La membrane muqueuse de l'estomac est tapissée de mucus épais. Ses rides sont très prononcées, sa couleur est pâle, sa consistance et son épaisseur normales. Membrane muqueuse de l'intestin grêle généralement blanche. Quelques follicules de Brunner hypertrophiés vers la fin de l'intestin iléon, qui renferme des matières verdâtres. Dans le gros intestin, matières solides, membrane muqueuse pâle, follicules assez saillans.

Foie d'un gris pâle, bile brune; les autres organes, sains.

(*La suite au prochain Numéro.*)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Clinique de l'hôpital ophthalmologique de Birmingham; par le professeur Middlemore. (Extrait.)

Le professeur Middlemore a publié, dans les *Transactions provinciales*, un compte rendu de la clinique de cet hôpital, du 1er mars au 31 décembre 1832. Un extrait de ce travail intéressant se trouve dans la *Revue médico-chirurgicale* du docteur Johnson, cahier de juillet 1833. L'auteur anglais donne d'abord le chiffre des diverses maladies des yeux qui se sont présentées à la clinique pendant l'intervalle indiqué ci-dessus; ce relevé est de la plus haute importance pour ceux qui désirent établir la fréquence relative des affections oculaires. On verra que, pour l'hôpital de Birmingham, les affections scrofuleuses sont en nombre remarquable.

La simple conjonctive aiguë s'est présentée 186 fois; la conjonctivite chronique, 79. Conjonctivite aiguë avec pustules sur la conjonctivite, 90. Conjonctivite aiguë avec pustules ou ulcérations de la cornée, 129. Conjonctivite aiguë avec sécrétion puriforme, 61. Conjonctivite purulente des enfans nouveau-nés, 33. Conjonctivite scrofuleuse, 53. Ptérygion, 5. Cornéite, 12. Vascularité de la cornée, 20. Opacité de la cornée, 99. Conicité de la cornée, 3. Staphylome de la cornée, 13. Corps étrangers implantés dans la cornée, 13. Simple sclérotite aiguë, 7. Sclérotite rhumatismale, 11. Staphylome de la sclérotique, 3. Affections de la membrane de l'humeur aqueuse, 10. Simple iritis aiguë, avec ou sans ulcération ou opacité de la cornée, onyx ou hypopion, 59. Iritis chronique, 16. Iritis syphilitique, 4. Iritis scrofuleuse, 8. Prolapsus de l'iris, 8. Fungus de l'iris, 8. Cataracte, 17. Déplacement du crystallin, 4. Choroïdité, 4. Rétinite, 3. Glaucôme, 5. Hydrophthalmie, 2. Amauroses de diverses espèces et à des degrés variés, 63. Maladies des voies lacrymales, 29. Epiphora, 7. Strabisme, 14. Tinea, 103. Lippitude, 14. Orgeolet, 5. Ectropion, 2. Entropion, 7. Inflammation des paupières, 19. OEdème des paupières, 5. Nœvus de la paupière, 3. Ptosis, 3. Adhérence de la paupière au globe oculaire, 4. Tumeurs dans les paupières, 11. Suppuration du globe oculaire, 7. Fungus du globe oculaire, 2. Plaies de l'œil et de ses dépendances, 31. Maladies des os de l'orbite, de diverses espèces, 2.

Pustule variolique de la cornée. — Le professeur Middlemore fait observer qu'il se passe à peine une semaine sans qu'il observe un ou plusieurs enfans dont la vue a été plus ou moins lésée par la variole. Les enfans affectés de variole sont sujets à la formation d'une pustule dans la cornée, dont le développement peut coïncider avec celui des pustules de la peau ou des membranes muqueuses, ou qui peut apparaître lorsque les symptômes de la maladie s'effacent du côté du système cutané. Aussi ce professeur recommande-t-il d'observer avec attention l'état des yeux pendant la variole, surtout vers son début; car, quoiqu'il arrive souvent qu'il n'y ait que simple conjonctivite, on peut également voir se développer cette fâcheuse pustule.

D'après le professeur anglais, il paraît que cette pustule se forme et est vue d'abord dans la portion de la conjonctive qui recouvre la cornée, et se présente au début sous la forme d'une petite tache nuageuse; la cornée s'enflamme dans une grande étendue; ses espaces interlamellaires sont occupés par une matière comme glutineuse. Cette matière est sécrétée en grande quantité, et constitue une tache circulaire opaque, plus ou moins large; la compression qu'elle exerce détermine l'absorption du tissu lamelleux propre de la cornée, qui, affaibli déjà par la présence de l'inflammation, ne tarde point à céder; dans les cas graves la cornée s'ulcère, et il se produit un staphylôme.

Aussitôt qu'une ou plusieurs pustules semblent vouloir se développer sur la cornée, le docteur Middlemore instille le vin d'opium dans l'œil, et il attribue à ce médicament la propriété d'empêcher le développement complet de la maladie.

Conicité de la cornée (conical cornea). — Une jeune femme fut envoyée au docteur Middlemore avec cette maladie. L'œil droit paraissait parfaitement sain, et n'était point affecté de myopie. La cornée de l'œil gauche était d'une belle transparence (*beautifully transparent*), et la portion de cet organe qui se projetait en avant avait une apparence crystalline éblouissante (*dazzling*); son sommet était légèrement aplati et comme usé, mais pas du tout opaque. La vue, de ce côté, était devenue graduellement trouble et *éblouie;* quand la malade regardait avec cet œil seul, les objets lui paraissaient multiples. Elle n'avait presque aucune douleur, aucun mal-aise dans le globe oculaire. Elle avait éprouvé, quelque temps avant sa consultation, une éruption vésiculaire sur diverses parties du corps, mais du reste sa santé était bonne. Elle n'avait jamais eu aucune inflammation grave, ni aucune lésion de l'œil, mais *elle s'était livrée avec persévérance à des coutures très fines aux lumières.*

Le traitement adopté fut le suivant : application d'un vésicatoire deux fois par semaine, tantôt à la tempe, tantôt au-dessus du sourcil, du côté malade; faire usage d'une faible solution de nitrate d'argent tous les soirs, régime sévère, entretenir le ventre libre, et mettre l'œil à un repos complet.

Le docteur Middlemore a essayé une fois, mais sans succès, le traitement recommandé par le docteur Guthrie, qui consiste dans les émétiques et les purgatifs. Il se propose de renouveler ses essais; mais il pense que ces médicamens ne peuvent plus avoir d'avantages lorsque la maladie est avancée. Il lui est arrivé quelquefois d'arrêter les progrès de cette affection par un séton à la tempe.

Quinquina dans les affections scrofuleuses de l'œil. — L'auteur anglais a déjà signalé l'utilité du sulfate de quinine dans l'inflammation scrofuleuse de la cornée, de l'iris et de la membrane de l'humeur aqueuse, quand cette inflammation coïncide avec certains symptômes constitutionnels. Ce travail a été publié dans le *Middland Reporter.* Depuis ce temps, le docteur Guthrie, ou l'un de ses élèves, a fait connaître, par la voie de la *Revue médico-chirurgicale*, que l'emploi de ce médicament n'avait pas obtenu les mêmes succès à l'hôpital ophthalmologique de Westminster. Cependant le docteur Middlemore insiste sur sa première assertion, et soutient que cette substance, convenablement administrée, produit les meilleurs effets. Il est toutefois difficile d'admettre que le quinquina jouisse d'une propriété spécifique dans les maladies scrofuleuses de l'œil; il est plus probable qu'il agit à la manière des autres toniques. Du reste, ce professeur réclame pour lui la priorité de cette médication.

Hydrophthalmie.— Sarah Miller était affectée d'hydropisie de l'œil, dépendant en apparence d'une augmentation de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée. On avait employé en vain divers médicamens, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Comme la douleur et la tension étaient extrêmes, le docteur Middlemore pratiqua la ponction du globe de l'œil, mais avec une amélioration temporaire. C'est pourquoi il enleva au centre de la cornée une portion de cet organe ayant un diamètre à peu près égal à celui de la section d'un petit pois. Aussitôt l'humeur aqueuse et le crystallin furent poussés avec force à travers l'ouverture artificielle, et la douleur disparut. Il paraît toutefois que cette opération n'offre pas beaucoup plus d'avantage que la simple ponction, car la douleur s'est fait sentir de nouveau, légèrement il est vrai, dès que la plaie fut guérie; le docteur Middlemore lui-même craint d'être obligé de recourir une autre fois à la même opération. Voici du reste les réflexions de l'auteur anglais, à ce sujet :

« Dans cette circonstance, dit-il, je sentais toute l'utilité de l'ablation d'une large portion de la cornée; mais j'avais aussi présente à l'esprit les objections qu'on pouvait opposer à cette opération étendue. Quelquefois la résection d'une médiocre partie de la cornée (Celse dit : *ad lenticulæ magnitudinem*), suffit pour opérer la guérison de la maladie, et il est bon d'essayer cette pratique d'abord, car j'ai vu la résection d'une portion étendue, quand l'œil a été très distendu par l'hydrophthalmie, s'accompagner de symptômes d'une grande gravité. L'excision de la cornée ne fait que détruire une partie de la surface sécrétante, et cependant elle est souvent suivie de la guérison de la maladie (si on peut regarder comme une guérison la cessation de la distension douloureuse de l'œil), quoique les cloisons de la membrane hyaloïde subsistent, et conservent, comme je le suppose, leur puissance de sécrétion.

» En recommandant cette opération, il est entendu que je suppose des cas où la maladie ne peut être guérie ni par les émissions sanguines, ni par les révulsifs cutanés, ni par les évacuans. La coïncidence de l'hydropisie du globe de l'œil avec celle des autres parties du corps est tellement rare, que plusieurs des praticiens les plus âgés et les plus répandus de cette ville (Birmingham), m'ont assuré n'avoir jamais rencontré les deux maladies réunies.

» Je ne recommande l'excision de la cornée que lorsqu'on a expérimenté les effets de la ponction; lorsque cette dernière opération a été pratiquée sans avantage plusieurs fois, je n'hésite point à regarder l'excision de la cornée comme de beaucoup préférable à la pratique qui consiste à percer l'œil, comme cela est arrivé quelquefois, quarante ou cinquante fois, à un certain intervalle.

» Lorsque la cornée a été excisée, la matière de nouvelle formation qui coule des bords de la division est quelquefois projetée en avant par les parties contenues dans l'œil; ce phénomène a lieu avant qu'elle n'ait acquis une fermeté suffisante pour résister à cette pression de dedans

n dehors. Le résultat de cette projection de la matière destinée à la réparation de la plaie, est fréquemment la production d'un staphylome. Pour prévenir cette circonstance fâcheuse, j'ai recommandé, aussitôt après qu'on a enlevé la portion centrale de la cornée (de manière à former une ouverture oblongue horizontalement), de réunir les bords de la division par le moyen d'une suture fine, qui ne doit être retirée que lorsque l'agglomération est solide, ce qui peut avoir lieu dans l'espace de quatre ou cinq jours. Cette pratique a été employée avec le plus grand succès, d'après mon avis, sur l'œil d'un homme qui était affecté d'un staphylome volumineux, et qui ne put rester à Birmingham pour opérer par moi-même. »

Emploi de la strychine dans l'amaurose.— Le mémoire du docteur Middlemore est terminé par quelques remarques sur l'emploi de la strychnine dans l'amaurose, et il cite un fait à l'appui. Il observe que quoique les avantages de cette médication soient bien connus et bien évidens, cependant plusieurs praticiens éprouvent une étrange répugnance à l'adopter. Cette répugnance existe certainement; mais les avantages de ce mode de traitement sont-ils aussi réels qu'il le prétend? Le docteur Johnson a vu employer la strychnine dans plusieurs cas d'amaurose, et jamais à sa connaissance elle n'a produit de bien, ou du moins de bien permanent. Mais ce médicament n'a pas toujours été seulement inutile, dans deux ou trois cas il a déterminé des symptômes fâcheux. Un grand nombre de praticiens partagent cette opinion, et ce qui prouve que la strychnine n'est pas aussi avantageuse qu'il est dit ci-dessus, c'est qu'elle a été expérimentée dans plusieurs établissemens en Angleterre, et que dans tous ces endroits on y a à-peu-près renoncé. Cependant si d'un côté l'on doit être lent à admettre les médications nouvelles, d'un autre côté il faut bien se garder de les rejeter sans les avoir soumises à une expérimentation longue et judicieuse, car il serait fâcheux de limiter, par trop de dédain, les ressources médicales contre une maladie si grave et si rebelle aux médications les plus énergiques. Nous croyons donc devoir transcrire l'observation fournie par le docteur Middlemore, afin d'attirer l'attention des médecins sur ce sujet important :

« E. H., âgé de 35 ans, était affecté d'amaurose à un tel point, qu'il ne pouvait distinguer que les variations subites et très tranchées de lumière. Les yeux étaient colorés en noir, les pupilles larges, l'iris sain, mais paresseux (*sluggish*). Cet homme avait travaillé *presque toute sa vie à une forge dont le feu était toujours très vif.* Il était pâle, peu robuste, et dans un état de santé générale assez satisfaisant. Après avoir fait administrer un purgatif drastique, le docteur Middlemore fit placer un vésicatoire au-dessus de chaque sourcil, et saupoudra chaque jour le derme dénudé avec un sixième de grain de strychnine; cette dose fut élevée progressivement jusqu'à deux grains. Dans l'espace de quelques semaines, l'état de sa vue s'améliora d'une manière notable, mais il s'ennuya du séjour de l'hôpital, et se contenta de venir aux pansemens. Il n'était certainement pas guéri, mais il pouvait voir passablement bien pendant une heure ou deux par jour, et pouvait se diriger dans les rues sans son guide habituel. Il recommença alors l'usage de la strychnine, et sa vue s'améliora encore; mais le traitement lui paraissant trop pénible, il l'interrompit de nouveau. Enfin, quelque temps après, il vint à l'hôpital, et y demeura environ six semaines. Ce séjour lui fut peu utile; toutefois sa vue est assez bien rétablie pour qu'il puisse exécuter lui-même plusieurs choses peu délicates. »

Dans cette observation, le médicament est loin d'avoir eu un succès complet; il est vrai que le malade ne fut pas docile, mais on pourrait contester que l'application de la strychnine ait été pour quelque chose dans l'amélioration de sa vue; ce changement utile, mais peu prononcé, n'aurait-il pas pu également être opéré par une simple irritation du derme à l'aide d'un vésicatoire ou d'un moyen plus violent? Cependant le sujet est assez intéressant pour qu'on ne se presse pas de formuler un jugement, et pour qu'on sollicite des expériences nombreuses et surtout plus décisives. G. R.

Restauration de la vue dans les cas de staphylôme et d'opacité incurable de la cornée (1).

Tel est le titre d'un mémoire extrêmement recommandable qui a été inséré par le docteur Nimmo, dans le journal de médecine de Glascow. L'auteur s'est efforcé de donner une juste idée de chacun des procédés préconisés par les chirurgiens allemands, et de les réduire à leur juste valeur. Ces procédés opératoires sont au nombre de trois : le premier consiste dans l'excision d'une portion de l'iris adhérente à la face postérieure de la cornée, dans le staphylôme; le second, dans la formation d'une pupille artificielle dans la sclérotique; le troisième, dans l'ablation de la cornée opaque, en lui substituant une cornée transparente, prise chez un des animaux des classes inférieures.

Le docteur Ammon, de Dresde, fut amené par quelques considérations qu'il serait trop long de rapporter, à proposer la première opération dans les cas de staphylôme. Au moyen d'un crochet introduit dans l'œil à travers une ouverture pratiquée dans la cornée ou la sclérotique, à quelque distance de la partie la plus transparente de la cornée; il proposait de séparer de la cornée une portion plus ou moins grande de l'iris, et de permettre ainsi au malade, sinon de voir, du moins de distinguer mieux la lumière. Il en fit l'essai chez un sujet seulement, mais il se développa une inflammation chronique qui rendit l'opacité plus forte qu'auparavant. Le docteur Nimmo cite un autre cas dans lequel l'opération n'eut un résultat ni heureux, ni fâcheux.

Cependant, à ces tentatives si peu nombreuses, l'auteur en ajoute une qui est propre à encourager de nouveaux essais de ce genre. Archibald Gilchrist, âgé de 19 ans, fut admis à l'hôpital ophthalmologique de Glascow, le 12 novembre 1832. Il avait eu la variole environ sept ans auparavant, et depuis ce moment sa vue était complètement

---

(1) Glascow, Med. Journal, vol. 1.

détruite et ne lui permettait que de distinguer le jour de l'obscurité. L'œil droit était entièrement désorganisé, tandis que la cornée transparente de l'œil gauche était à l'état de staphylôme. Cette cornée était blanche et opaque dans les trois quarts de sa surface; une petite portion du côté supérieur et vers le nez, conservait une demi-transparence, ce qui permettait d'apercevoir l'iris qui était en contact avec la face postérieure de la cornée, et lui adhérait probablement. Ce cas paraissait ne pouvoir offrir aucun espoir; cependant il fut décidé qu'on tenterait d'améliorer un peu l'état du malade, en enlevant de derrière la portion la plus transparente de la cornée, la plus grande quantité d'iris que l'on pourrait. Une petite incision fut faite à la partie inférieure de la cornée; on introduisit par cette ouverture un crochet avec lequel on essaya de lacérer et d'enlever la portion d'iris indiquée ci-dessus. Elle était solidement adhérente à la cornée, et l'on ne put guère savoir combien il en fut séparé, car il se fit un léger écoulement de sang, qui déroba les parties à la vue. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; la plaie de la cornée se guérit rapidement, et le malade se plaignit seulement d'un peu de douleur pendant un jour ou deux. Pour faciliter l'absorption des fragmens d'iris lacérés, on administra la teinture d'iode jusqu'à la dose de trente gouttes par jour, et après que l'irritation déterminée par l'opération eut cessé, on instilla la solution de nitrate d'argent dans l'œil, une fois par jour, afin de rendre la cornée plus diaphane. Le malade ne tarda pas beaucoup à quitter l'hôpital. L'endroit où l'on avait lacéré l'iris était encore opaque, et présentait une surface foncée et inégale. La vue n'était point rendue au malade, mais il trouvait que la perception de la lumière était augmentée. On lui conseilla de continuer pendant quelque temps la même médication, et le docteur Nimmo pense qu'il peut par la suite se produire quelque amélioration. Quoi qu'il en soit, cette opération n'étant point applicable aux staphylômes coniques et racémiformes, on doit en attendre peu d'avantages.

Le second procédé opératoire, l'excision d'une portion de la sclérotique, fut conseillé dans le principe par Autenrieth l'ancien, qui le mit à exécution sur des chats, avec l'apparence d'un succès remarquable. Mais, comme il tuait ces animaux le quatorzième jour, il ne pouvait guère juger du résultat de son opération dans un si petit intervalle. Le docteur Müller, alors chirurgien de l'hôpital ophthalmologique de Reusberg, fut le premier qui pratiqua cette opération chez l'homme. Le malade était un soldat qui, à la suite de l'ophthalmie égyptienne, avait la cornée du côté gauche *staphylomateuse*, et celle du côté droit entièrement *leucomateuse*. L'opération n'eut aucun succès, une membrane blanche opaque se forma graduellement dans la plaie; et le patient redevint aussi aveugle qu'auparavant. De semblables essais ont été tentés sans succès par Beer, Himly et Guthrie. Le docteur Ammon a essayé plusieurs fois de rendre la vue par ce moyen; M. Nimmo a extrait trois observations de son ouvrage. Deux de ces observations suffiront pour donner une idée des difficultés de l'opération et des résultats qu'on en doit attendre.

Obs. Ire. — Le 18 septembre 1829, le docteur Ammon fit son premier essai de formation d'une pupille artificielle dans la sclérotique, en présence des docteurs Martini, de Lubeck; Dieffenbach, de Berlin; Hedenus et Hille, de Dresde. Le malade était un garçon de 13 ans, qui avait perdu la vue peu de temps après sa naissance, de l'ophthalmie des nouveau-nés. La cornée de l'œil droit était *staphylomateuse*, celle de l'œil gauche était rendue opaque par un *leucoma* général, qui lui laissait à peine distinguer la lumière. Comme on pouvait concevoir la possibilité d'améliorer son état, et qu'il n'y avait aucun danger de le rendre pire, on se décida à pratiquer une pupille artificielle dans la sclérotique de l'œil gauche. La paupière supérieure étant soulevée par un aide, et le globe de l'œil étant fixé au moyen d'un petit crochet enfoncé à travers la conjonctive près du bord de la cornée, une incision sémi-circulaire fut faite avec un couteau à cataracte dans la conjonctive, près du bord temporal de la cornée. Le lambeau fut disséqué en arrière avec des ciseaux courbes, et l'hémorrhagie, qui fut considérable, fut arrêtée par l'application fréquemment répétée d'eau froide. Le lambeau de la conjonctive fut soutenu par un aide avec une paire de pinces très fines; alors, le docteur Ammon prit un bistouri étroit qu'il appelle *sclérotôme*, et l'enfonçant dans la sclérotique, près de la base du lambeau, il le dirigea en dehors, à la distance de quatre ou cinq lignes, et le tourna en bas, de manière à former un lambeau. En cet instant, le malade fit de violens efforts pour se dégager, l'œil se détacha du crochet, le crystallin et une grande quantité de l'humeur vitrée s'échappèrent par la plaie, et le globe de l'œil s'affaissa. Le lambeau de la sclérotique, qui venait d'être formé, fut alors enlevé avec des ciseaux, et présenta, à sa surface interne, une portion de la membrane choroïde. L'hémorrhagie consécutive ne fut pas très abondante, mais elle dura longtemps, et elle céda, à la longue, aux applications refrigérentes qui furent prescrites pour prévenir une réaction violente. Aucune inflammation ne suivit cette opération. Le lendemain, l'œil n'était plus affaissé; il se trouvait de nouveau distendu par les humeurs qui y sont contenues. Les bords de l'ouverture artificielle étaient un peu retournés en dedans, et le lambeau de la conjonctive s'était rétréci de manière à laisser à découvert une grande partie de cette ouverture. Autour de la plaie de la conjonctive, il y avait une ecchymose considérable. Cinq jours après l'opération, les bords de la plaie commencèrent à suppurer, et l'ouverture prit une forme alongée et étroite, au lieu de sa forme quadrangulaire primitive. On put facilement introduire une sonde d'argent d'un petit calibre dans la plaie; cette introduction fit éprouver une sensation désagréable au malade, et quand on retira l'instrument, il s'écoula une petite quantité d'un liquide clair, suivi de quelques gouttes de sang. Avant cette circonstance, le malade pouvait distinguer un corps volumineux placé devant lui. Il pouvait aussi apercevoir les mouvemens d'une main qu'on agitait devant ses yeux, sans pouvoir en distinguer la forme. Le lambeau de la conjonctive s'était retiré entièrement, et ne recouvrait plus du tout l'ouverture. De ce moment, la plaie se contracta graduellement; une membrane fine, qui devint blanche et opaque, la remplit, et au bout d'un an, l'état de l'œil était le suivant : le globe oculaire était moins gros qu'avant l'opération, la diminution de grosseur semblait avoir porté surtout sur la partie supérieure. L'endroit où l'opération avait été

pratiquée, présentait une cicatrice alongée, d'un aspect ordinaire, couverte par la conjonctive. Il n'y avait aucune injection insolite dans le voisinage de la cicatrice. La sensibilité de l'œil à l'action de la lumière n'était ni accrue ni diminuée.

Obs. IIe — Le sujet de cette observation est un jeune homme de 19 ans dont les yeux étaient affectés de staphylôme conique de la cornée, à la suite d'une ophthalmie *puro-muqueuse* (puro-mucosus) qu'il avait eue dans son enfance. Il n'est pas nécessaire de décrire l'opération qui fut presque entièrement semblable à la précédente. Aussitôt après l'opération, le malade eut une perception distincte de la lumière; l'hémorrhagie fut facilement arrêtée, et le lambeau de la conjonctive promptement ramené sur l'ouverture de la sclérotique. On fit usage d'applications réfrigérentes et il ne survint d'inflammation ni dans le globe de l'œil, ni dans les paupières. Le lendemain on aperçut un prolapsus de l'humeur vitrée, qui était claire et transparente. Le lambeau de la conjonctive s'était retourné en haut et s'était retiré à la partie supérieure de l'ouverture. Au bout de quelques jours la portion herniée d'humeur vitrée commença à perdre sa transparence; elle était recouverte par une membrane mince, blanche, où l'on voyait serpenter de petits vaisseaux. Elle devint graduellement de plus en plus opaque, et devint continue avec la conjonctive, tandis que les humeurs du globe de l'œil, la poussant du dedans au dehors, lui donnèrent beaucoup de ressemblance avec un staphylôme de la choroïde. L'œil est resté dans cet état: la perception de la lumière est considérablement augmentée, d'après l'assertion du malade, qui a manifesté très souvent le désir que la même opération fût faite sur l'autre œil.

Un autre cas, où l'opération fut faite par le professeur Ulmann de Marbourg, est rapporté dans le second volume du *Zeitschrift für die ophthalmologie* (Gazette ophthalmologique), du docteur Ammon, page 123. Le résultat fut le même que dans les cas qui précèdent.

Peu de malades voudront se soumettre à une opération qui offre si peu de chances de succès. Cependant on a essayé d'y apporter une modification ayant pour but d'obtenir une cicatrice transparente de la sclérotique. Le docteur Ammon a proposé d'enlever une portion de la sclérotique en arrière, de manière à ce que la conjonctive ne soit pas entamée dans l'endroit correspondant à la pupille artificielle. Il pense que cela peut être fait avec une aiguille à bord tranchant, que l'on introduirait à quelque distance de l'endroit où l'on veut faire l'ouverture, et en ayant soin d'éviter de couper la conjonctive. Suivant le docteur Nimmo, cette opération n'a jamais été pratiquée.

Le docteur Wurzer, professeur de chirurgie à Bonn, a proposé une autre modification. Elle consiste à faire l'ouverture pupillaire artificielle de la manière premièrement indiquée, à détacher une lame mince de la surface de la cornée à l'endroit où elle est le plus transparente; et, ne la laissant attachée que par un pédicule, à la retourner comme dans la rhinoplastie, pour l'adapter à l'ouverture de la sclérotique, et enfin à la fixer en place à l'aide d'une fine suture, dans l'espoir qu'elle y contractera des adhérences et qu'elle restera transparente. Le docteur Nimmo ne pense pas non plus qu'une pareille tentative ait jamais été faite, et cette opération semble promettre des résultats plus avantageux.

La troisième opération, qui a été proposée pour remédier à l'opacité de la cornée, est son ablation et la transplantation de la cornée transparente d'un animal de classe inférieure à sa place. Elle a été imaginée par Reisinger, n'a jamais été tentée sur l'homme, et a toujours échoué sur les animaux. Le docteur Dieffenbach, craignant que la cornée transplantée ne s'unisse pas, conseille de modifier cette opération. Il laisse la cornée intacte d'abord, pratique une incision circulaire autour d'elle dans la conjonctive, adapte à cette incision la cornée transparente d'un cochon, et l'y assujettit par une suture. Si des adhérences solides se forment, il fait dans la cornée artificielle une incision, à travers laquelle il fait sortir une portion de la cornée opaque à l'aide du couteau et des ciseaux.

Cette dernière opération serait fort belle s'il était prouvé que l'adhérence de la nouvelle cornée pût s'effectuer; c'est un sujet intéressant d'expérimentations. G. R.

Des Anomalies de structure et des Maladies du thymus;

Par FR. CHR. HAUGSTED, D. M. (1).

Chapitre Ier. — *Absence du thymus.* — Il a été établi que, chez l'homme, le thymus ne manquait peut-être jamais, si ce n'est chez des monstres. Or, pour faire servir à la physiologie l'étude des anomalies, il convient de rechercher dans quelle espèce de monstruosités, et avec quels autres organes manque ordinairement celui-ci. C'est le plus souvent en même temps que l'encéphale qu'on a vu manquer le thymus. Dans tant de cadavres de fœtus et d'enfans qu'il a disséqués, il n'est pas arrivé une seule fois au grand anatomiste Meckel de ne le point trouver, si ce n'est chez des acéphales vrais (2), chez lesquels il n'y en avait pas de trace. La même observation, au rapport de Riegels (3), avait été faite par Winslow, qui démontra, dans ses leçons publiques, l'absence du thymus et des glandes surrénales chez les acéphales. Cela doit s'entendre au reste des acéphales proprement dits, et non des acéphales faux ou fœtus acrâniens, ainsi qu'on le verra plus loin.

Brodie a observé un cas singulier: il a vu, dans un fœtus de sept mois, non acéphale, manquer le thymus, le cœur, la plèvre et le foie (4). Quant à l'observation de Wrisberg, qui chercha vainement le thymus sur un fœtus qu'il estimait avoir environ dix semaines, et dont les dissections atten-

---

(1) Tiré de l'ouvrage intitulé: *Thymi in homine ac per seriem animalium descriptio anatomica, pathologica et physiologica, iconibus* XXXIV, *ad naturam delineatis, illustrata.* Copenhague, 1832; in-8°.

(2) J. F. Meckel: *Handbuch des patholog. Anat.* Leipzig, 1812, in-8°. T. Ier, p. 486. — Compar. son Manuel d'anat. gén. descript. et pathol. T. III.

(3) Nic. Riegels: *Diss. de glandulis suprarenalibus in animalibus necnon de origine adipis.* Copenhague, 1790, in-4°, pag. 23.

(4) Hufeland: *Bibliotek*, etc. 1817. T. Ier, p. 106.

tives n'en purent faire découvrir la moindre trace (1), elle n'a rien d'étonnant, puisque chez le fœtus de cet âge, le thymus, tout nouvellement formé, n'a qu'un très petit volume (2).

Chapitre II. — *Thymus multiple, ou divisé en plusieurs parties.* — La division du thymus en plusieurs lobes ne paraît point avoir un caractère pathologique. La simple laxité anormale du tissu cellulaire-interlobulaire suffit pour y donner lieu, et l'on croirait à autant de thymus qu'il y a de lobes séparés. Cooper a publié un cas de ce genre (3); dans un fœtus acéphale, manquant de cœur, de poumons, de diaphragme, de foie, de reins, de rate, de pancréas et d'intestin grêle, il trouva, à la place du thymus, *trois glandes*, petites à la vérité, mais qui, observées au microscope, présentaient une substance semblable au thymus. Sur un autre fœtus anencéphale, femelle, conservé dans l'alcool, Otto remarqua, ce qui suit : « les viscères de la poitrine ne présentent rien d'insolite, si ce n'est la glande thymus, qui est composée de cinq lobules longs et étroits, et qui surpasse de beaucoup le volume du thymus d'un enfant de huit jours (4). Un cas de division de ce genre s'est présenté à l'observation de Roesslein (5), et Lucæ (6) dit en avoir vu plusieurs.

Au reste, comme, à son origine, le thymus se présente constamment tantôt plus, tantôt moins divisé, on ne ferait point figurer cet état dans l'anatomie pathologique, s'il n'était permis, à l'exemple de Meckel, de l'expliquer par un arrêt de développement.

Chapitre III. — *Petitesse du thymus.* — Chez les fœtus dépourvus de cavité crânienne (anencéphale, *acephali spurii*), d'ordinaire le thymus ne manque point, mais on l'a trouvé quelquefois moins développé. Sur un fœtus acrânien de cette espèce, de sept mois, de sexe féminin, conservé depuis quelque temps dans l'alcool, auquel manquait le crâne, et dont les hémisphères cérébraux étaient assez fortement aplatis, Otto (7) trouva le thymus d'un volume notablement moindre que l'ordinaire (*admodum parvum*), égalant à peu près la grosseur de la moitié du corps thyroïde. Meckel (8) fit la même observation sur un fœtus dont la rate, de structure normale, égalait presque en volume celle d'un adulte; et Renard (9) trouva chez un anencéphale le thymus et les glandes surrénales moindres que dans l'état naturel.

Mais quoiqu'on ait trouvé assez souvent dans l'anencéphalie le volume du thymus moindre qu'il ne doit être, le fait n'est pourtant pas constant. Il existe en effet un certain nombre d'exemples de fœtus acrâniens, chez lesquels le thymus avait non-seulement atteint, mais même dépassé son volume naturel. Tel est le cas de trois anencéphales qui font parties des quatre monstres décrits par Otto. Le premier fœtus, de huit mois, de sexe masculin, dont le cerveau n'était recouvert que par les tégumens communs, avait un thymus de grandeur insolite pour cet âge, composé de trois grands lobes irréguliers et subdivisés en lobules, moins étendus en épaisseur qu'en longueur et en largeur; ce thymus remplissait toute la partie supérieure du médiastin antérieur, par sa partie supérieure, s'étendait sous les côtes, dilatant considérablement le médiastin dans ce sens; son bout supérieur s'élevait jusqu'à la glande thyroïde; sa couleur était d'un blanc rougeâtre (1). Chez un autre fœtus acrânien, de sexe féminin, le thymus avait cinq lobes et un grand volume (2); dans le troisième fœtus acrânien, de même sexe, et de sept mois environ, le thymus était beaucoup plus grand et plus épais qu'il ne devait être, et égalait presque le volume du cœur (3). Keleh trouva, chez un anencéphale à terme, de sexe mâle, dont le cerveau était remplacé par dix ou quinze hydatides recouvertes par l'épiderme, le thymus d'un volume insolite, tandis que les reins succenturiaux étaient plus petits que de coutume (4).

Un anencéphale mâle, de 8 mois, examiné par Meckel, présentait à la partie antérieure du cou, une tumeur dont la saillie égalait celle du menton : à l'ouverture de cette tumeur, on la trouva constituée par le thymus, dont le volume était considérable, et qui était situé hors du thorax (5). Chez un fœtus qui présentait, au rapport de Morgagni, une viciation notable du cerveau et de la tête, le thymus était fort volumineux, et en quelque endroit qu'on le coupât, il en suintait abondamment une sérosité blanche et comme lacteescente (6).

Il résulte de ce qui précède qu'on ne saurait rien établir de positif sur l'obstacle à l'évolution du thymus, qui peut exister chez les fœtus anencéphales.

Hors les fœtus acéphales et anencéphales, on ne trouve pas d'exemple de petitesse du thymus portée au point de pouvoir être considérée comme un état pathologique. A la vérité le célèbre anatomiste Wrisberg, trouvant chez un fœtus de trois mois le thymus de peu de volume (7), se demande,

---

(1) A. H. Wrisberg : Descript. anat. embryonis. Gœttingue, 1764, in-4°. p. 23.

(2) C'est au troisième mois que commence à paraître le thymus. Haugsted, *op. cit.*, §. 49, pag. 91.

(3) William Cooper : *an Account of an extraordinary acephalous birth. In Philosophical Transactions.* Vol. LXV, 1775, in-4°, p. 413.

(4) A.-G. Otto : *Monstrorum sex humanorum anat. et physiolog. disquisitio.* Francfort-sur-l'Oder, 1811, in-4°, obs. II, p. 13.

(5) Roesslein : *Diss. de differentiis inter fœtum et adultum*, sect. 1. Strasbourg, 1783, in-4°, p. 34.

(6) Lucæ : *Anat. Untersuchd. Thymus.* 1811, p. 25.

(7) A.-G. Otto : *Monstrorum sex humanorum anat. et physiol. disquisitio.* Obs. 4, p. 16.

(8) Meckel : *Patholog. anat.*, T. 1er, p. 488. — Compar. son *Anat. gén. descript. et pathol.* T. IV.

(9) Renard : dans le Journal de méd., chir. et pharm. de Corvisart, Leroux et Boyer. T. XXIII, p. 118.

(1) A. G. Otto : *Monstrorum sex humanorum anat. et physiolog. disquisitio.* Obs. 1, p. 10.

(2) Otto, *loc. cit.*, obs. II, p. 13. — Voyez ci-dessus, p. 105.

(3) Otto, *loc. cit.*, obs. 3, p. 15.

(4) W. G. Keleh, *Beytræge zur pathologischen Anatomie.* Berlin, 1813, p. 85.

(5) J. F. Meckel, *Anatomisch-physiologische Beobachtungen und Untersuchungen.* Halle, 1812, in-8°; p. 86.

(6) Morgagni, *Epist. anat.* XX, N° 58, p. 456.

(7) H. A. Wrisberg, *Descriptio anatomica embryonis.* Gœttingue, 1764, in-4°, p. 23.

après avoir examiné les viscères thoraciques, si c'est une condition morbide du fœtus qui a empêché le développement de cet organe, et déclare ne pouvoir répondre à cette question. Mais c'est qu'alors il cherche à expliquer, par un état maladif du fœtus, ce qui est un phénomène normal de son organisation; cela résulte clairement de l'histoire de l'évolution du thymus, dont le volume est encore très petit au troisième mois de la grossesse.

Chap. IV. — *Du thymus pathologiquement accru de volume.* — Il est prouvé par les observations de nombre d'anatomistes, que le thymus, ayant acquis un développement insolite, peut gêner par son volume, et causer de la dyspnée. Nous ferons connaître quelques-unes de ces observations. Dans la réunion des naturalistes, tenue à Heidelberg en 1829, le docteur Kopp, de Copenhague, lut un mémoire sur une espèce d'asthme des enfans, dépendant de l'excès de développement du thymus, et qu'il regardait comme nouvelle; maladie nommée par lui *asthma thymicum*, et dont il vient de donner une ample description (1). Les observations que nous emprunterons dans un instant, à divers médecins, montreront surabondamment combien peu est nouvelle l'opinion qui rattache à la dyspnée l'excès du développement du thymus (2).

En effet, parmi les accidens qui accompagnent l'excès de développement du thymus, on remarque en première ligne la difficulté de respirer, causée par la compression qu'exerce, sur le poumon, le thymus dont le développement en avant est empêché par le sternum. Car, quant aux autres symptômes, tels que la douleur de poitrine, l'impossibilité du décubitus sur l'un ou l'autre des côtés, ils sont moins constans que celui-là. Kopp fait remarquer que cette dyspnée revient par accès périodiques; il donne du reste les symptômes suivans comme diagnostiques de cette affection (de l'*asthma thymicum*): Pendant la déglutition du lait, ou au moment du réveil, le paroxysme survient tout-à-coup avec vagissement et anxiété; pendant sa durée, la langue est ordinairement tirée hors de la bouche. Cette maladie, qui attaque surtout les enfans avant la quatrième année de leur âge, a été maintes fois confondue avec le catarrhe suffocant ou l'asthme aigu de Millar, dont elle diffère complètement au dire de Kopp. Si les paroxysmes ont le plus ordinairement lieu au moment du réveil, c'est, selon ce médecin, parce que, durant le sommeil, la respiration étant moins profonde, une expansion moindre des poumons laisse plus de place à celle du thymus, et au réveil, cet organe ainsi gonflé s'oppose à la dilatation des organes respiratoires. Il attribue à la même cause, c'est-à-dire au peu d'expansion des poumons dans le sommeil, l'accroissement du thymus des animaux hybernans (1), oubliant, à ce qu'il paraît, que c'est au cou et non dans la poitrine, que sont situés, chez ces animaux, les organes qui prennent de l'accroissement durant leur sommeil hybernal.

Toutefois, je doute fort que ce soit à la seule compression des organes respiratoires que l'on doive toujours rapporter la dyspnée qui accompagne ordinairement l'excès de développement du thymus. Il est bien rare, en effet, et peut être n'arrive-t-il jamais, qu'on trouve pour unique lésion, l'altération indiquée du thymus; mais presque toujours il existe en même temps quelques vices organiques du cœur ou des poumons qui mettent obstacle à la respiration et à l'oxydation du sang, comme on le verra par les observations rapportées plus loin. Or, que ces lésions du cœur et des poumons soient l'effet de la compression exercée sur ces organes par le thymus anormalement accru, comme le veut Kopp, ou qu'elles soient la cause, au contraire, de l'affection de cette glande, on ne peut en tout cas leur refuser une part dans la production de la dyspnée. D'un autre côté, bien qu'on ait tort d'attribuer au seul accroissement de volume du thymus, la dyspnée et les autres accidens concomitans, on ne saurait nier que la compression exercée en ce cas ne puisse gêner plus ou moins la respiration, et même à un degré assez considérable, comme le font le foie et les organes voisins, quand ils acquièrent un volume considérable. Il reste pourtant une difficulté; c'est d'expliquer, dans ce cas, le caractère périodique que Kopp assigne à cette dyspnée: car, la cause étant permanente, l'effet devrait l'être également. Il ne paraît pas qu'on puisse attribuer ces symptômes à une congestion momentanée d'humeurs dans la thymus.

Au reste, le développement anormal de cet organe n'est point constamment accompagné de dyspnée. C'est ce que prouve un cas fort remarquable, observé dans l'hôpital Frédéric, la clinique du professeur Bang, et que ce médecin m'autorisé à rapporter ici.

Une fille de sept ans fut reçue à l'hôpital au mois d'octobre 1830. Elle souffrait depuis six mois des maux de tête auxquels s'étaient joints, depuis huit jours, des vomissemens; la vue louche et autres symptômes de l'hydrocéphale; *il n'y avait jamais eu et il n'existait pas la moindre gêne de la respiration.* Le calomel, la digitale et d'autres remèdes furent donnés; on appliqua la pommade stibiée à la tête, un vésicatoire à la nuque. La malade n'en retira aucun soulagement, et elle mourut le sixième jour après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva un épanche-

(1) J. H. Knopp: *Denkwürdigkeiten in der Artzlichen praxis.* Francfort, 1830, in-8°. T. 1er, p. 1-107. — Caspari et Pagenstecher regardent l'augmentation du volume du thymus comme l'effet et non comme la cause de l'asthme des enfans, qu'ils rapportent à une affection du nerf vague. Voy. F. A. Caspari, *Etwas über eine besondere Form von Asthma in kindlichen Alter. in Heidelb. klinisch Annalen.* 1831, T. VII, p. 233-256; et Pagenstecher, *Beitræge zur nœhere Erforschung des Asthma thymicum.* Ibid., p. 256-294.

(2) *Voy.* parmi les *observat.* de Félix Plater (Bâle, 1614), celle qui porte pour titre: *Suffocatio à strumâ internâ absconditâ circâ jugulum* (citée plus loin.) — Comparez aussi Scheuchzer: « *Asthma ex obesitate thymi* (citée plus loin). » — G. Budæus. (*Id.*) J. P. Frank, *Épit. de curand. hom. morb.*, lib. VI, part. II, p. 175: « *In asthmate ut nominant puerili glandulas bronchiales præter sanitatis modum turgidas, maxime vero thymum insigniter tumefactum invenerunt anatomici,* » etc.

(1) Kopp., *loc. cit.*, pag. 28.

ment de sérosité dans les ventricules cérébraux, et un tubercule sur le corps strié du côté gauche. Le thymus avait un volume considérable; il pesait cinq onces, et était par conséquent bien plus gros que dans aucun des cas d'*asthma thymicum*, rapportés par Kopp. Le lobe droit du thymus, le plus considérable des deux, s'étendait, au-devant du poumon droit, auquel il était adhérent jusque vers l'angle des côtes. La largeur totale de cette glande était de quatre pouces, sa largeur de deux, et elle avait près d'un pouce et demi d'épaisseur. Sa substance était dégénérée en une masse granuleuse ou tuberculeuse, et l'on n'y voyait plus de traces de cellules ou de divisions en lobules. Le sommet des poumons, auxquels le thymus adhérait intimement, était aussi rempli de tubercules. Le corps thyroïde et les glandes surrénales étaient dans l'état naturel.

Riolan expliquait la suffocation hystérique par l'intumescence du thymus et par la compression exercée alors par cette glande sur les parties voisines. Il trouvait, dans le volume plus considérable du thymus chez les femmes, la raison qui les rend plus sujettes que les hommes à cette affection (1); mais cette opinion, qui rattache ainsi l'hystérie au volume trop considérable du thymus, est dépourvue de toute vraisemblance; car s'il en était ainsi, les jeunes enfans seraient bien plus sujets aux suffocations hystériques que les femmes adultes, puisque c'est chez eux que le thymus a le plus de volume. La consistance de la tuméfaction des ganglions mésentériques et de celle du thymus, observée par divers médecins, et remarquée sur trois enfans par Allan Burns (2), doit être attribuée à une affection scrofuleuse générale, et non, comme l'imagine le médecin anglais, à la compression exercée par le thymus sur la veine sous-clavière, et à l'obstacle qui en résulterait pour le passage du chyle du canal thorachique dans le cœur.

La considération du développement anormal du thymus n'est pas sans importance pour la médecine légale, car on a vu chez des enfans des suffocations, qui déterminaient subitement la mort, n'avoir pas d'autre cause que celle-là. Schallgruber, qui a observé un certain nombre de cas de cette espèce chez des enfans âgés de trois jours à cinq mois, soutient qu'on a bien des fois accusé faussement les nourrices d'avoir étouffé sous elles des enfans qui avaient été suffoqués par cette cause (3).

Contre la dyspnée et les autres accidens attribués chez les enfans au développement anormal du thymus, et pour les cas où l'on a lieu de soupçonner une diathèse scrofuleuse, on a recommandé le muriate de chaux, l'éponge calcinée, le charbon animal, et autres remèdes antiscrofuleux (4); les vésicatoires et les frictions n'ont qu'un effet palliatif, au jugement d'Allan Burns (1), qui propose l'extirpation de la glande quand les progrès de la dyspnée menacent d'une suffocation prochaine. Il n'a point pratiqué cette opération sur le vivant, mais il l'a essayée deux fois sur le cadavre. Les symptômes qui indiquent l'excès de volume du thymus s'aggravant de plus en plus, quand la tumeur formée par cet organe vient se montrer au bas du cou, il conseille de pratiquer l'opération de la manière suivante : on fait à la partie antérieure du cou, entre les muscles sterno-hyoïdiens, une incision comme pour la trachéotomie, on met à nu, autant que possible, l'extrémité supérieure du thymus qui s'élève au-dessus du sternum, on saisit cette glande avec des pinces à polype, et on exerce des tractions sur elle pour rompre le tissu cellulaire qui l'attache aux parties voisines et l'arracher ainsi tout entière. A. Burns ne se dissimule point l'extrême danger d'une pareille opération, mais il ne croit pas qu'il y ait à balancer quand les progrès du mal menacent d'une mort prochaine.

On comprend que cette opération n'est que très rarement indiquée, si même elle peut jamais l'être. On ne peut que difficilement diagnostiquer l'excès de volume d'un organe caché en très grande partie dans la poitrine, et inaccessible à tout moyen d'exploration; ce genre d'affection est fort rare, et n'a aucun symptôme propre et pathognomonique qui le signale. Et quand même on parviendrait à le diagnostiquer, quand il serait possible de faire l'opération sans léser les vaisseaux environnans, l'évènement serait encore fort incertain, car l'expérience a démontré qu'il existe des lésions organiques du cœur et des poumons, qui ne contribuent pas peu à la dyspnée, et qu'on ne peut enlever en même temps.

Cap. V. — *Inflammation du thymus* (thimitis) *et suppuration de cet organe.* — Quoique renfermé dans la poitrine et à l'abri des stimulations du dehors, le thymus doit certainement pouvoir être affecté d'inflammation. On y observe néanmoins très rarement cette maladie, probablement parce qu'on donne peu d'attention aux symptômes variables et fugitifs qui pourraient la signaler; car on trouve dans cet organe des suppurations et des désorganisations diverses qui témoignent indubitablement d'une phlegmasie antérieure. Il est assez difficile, en effet, de diagnostiquer, du vivant du malade, une inflammation du thymus, bien que Sauvages lui ait assigné pour symptômes la gêne de la déglutition et de la parole, le vomissement des alimens, et une tumeur se montrant à la partie inférieure du cou près du sternum (2).

La suppuration du thymus, à la suite d'une inflammation franche, est assez rare.

Mason (3) assure avoir vu un abcès du thymus ouvert dans la trachée.

---

(1) J. Riolan : *Anthropographia*, lib. III, cap. XIII : « *In mulieribus est mollior et crassior ideòque suffocationes, quæ accidunt mulieribus frequenter, viris interdùm, sine læsâ respiratione, ab istâ glandulâ turgidâ dependent.* »

(2) A. Burns, *Observations on the surgical anatomy of the head and neck*. Edimbourg, 1811, in-8.°, p. 9.

(3) J. Schallgruber : *Ueber das Erdrücken und Ersticken der Sæuglinge in Betten* : in A. Henke's, *Zeitschrift für die Staatarzneikunde*. T. I.er 1821, p. 388-397.

(4) Kopp, *loc. cit.*, p. 29-32.

(1) Allan Burns, *Observations on the surgical anatomy of the head and neck*. Edimbourg, 1811, in-8.°, p. 9-11.

(1) Comparez E. G. Boisseau, *Nosographie organique*. Paris, 1838. T. II, p. 549.

(3) H. Mason, *Lectures upon the heart*, etc., *reading* (sans date). In-8°, p. 14.

Dans le cadavre d'un enfant de deux ans, dont la poitrine était plus ample que ne le comportait son âge, et qui mourut de convulsions, Portal (1) trouva un épanchement de sérosité dans les plèvres et dans le péricarde. Le thymus était d'un volume prodigieux, et était creusé dans son intérieur d'une cavité où se rendaient divers conduits, et qui était pleine d'une sanie noirâtre.

Il convient de faire remarquer que la plupart des observations qu'on donne pour des exemples de suppuration du thymus, sont bien plutôt des cas de tubercules; car on les voit coexister avec des tubercules pulmonaires, et quant aux descriptions qu'on en donne, lesquelles laissent en général beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude, elles paraissent presque toujours se rapporter à des tubercules suppurés. C'est probablement à cette classe qu'appartiennent les observations de Haller, Lieutaud, Granzin et Slevogt, et de divers autres dont il sera question, quand nous ferons l'histoire de l'affection tuberculeuse du thymus.

Nous devons dire que, dans le nombre si considérable de cadavres de fœtus d'enfans de tout âge et d'adultes que nous avons examinés pour ces recherches sur le thymus, il ne nous est pas arrivé une seule fois de trouver dans cet organe un abcès contenant du véritable pus, ou inflammatoire, ou métastatique.

Chap. VI. *Du squirrhe et des tubercules.*— Malgré l'assertion de beaucoup d'écrivains et le titre donné à un bon nombre d'observations de maladies organiques du thymus, j'ai peine à me persuader qu'on ait jamais observé l'affection vraiment squirrheuse de cet organe. Ce nom de *squirrhe* était si vague autrefois qu'on l'appliquait presque à toute sorte d'induration, quelle qu'en fût la nature; aussi ne saurait-on adopter l'assertion des auteurs qui disent avoir vu le thymus squirrheux, sans fournir à l'appui la description exacte de ce qu'ils ont observé, celle de Haller, par exemple, qui dit : « Souvent en même temps que les autres glandes conglobées, le thymus se tuméfie et devient *squirrheux* (2).» Et ailleurs : « Il devient *squirrheux*, comme je l'ai vu, et d'autres aussi (3).» Quant aux observations de ceux qui ne se bornent pas à une simple dénomination de la maladie et qui ont pris soin d'en donner une description quelconque (4), en considérant le caractère de la tumeur, on est disposé à les rapporter pour la plupart à l'affection tuberculeuse (5); et c'est en traitant de cette dernière que je les rapporterai, afin d'éviter des répétitions inutiles.

Chez les enfans scrofuleux, le thymus, renfermant un nombre plus ou moins considérable de tubercules, participe à des degrés divers à l'affection strumeuse. Sa substance est plus dense, plus résistante que dans l'état sain; et toute trace de cellules y disparaît. Sous ce rapport le thymus ne diffère en rien des autres glandes conglobées ou conglomérées; les symptômes sont ordinairement les mêmes qui accompagnent en général tout accroissement anormal du volume de l'organe.

Les cas de tubercules du thymus sont trop nombreux pour être tous rappelés ici; mais pour bien faire connaître les caractères de la maladie, par le rapprochement des descriptions variées des formes diverses qu'elle peut présenter, il convient de rapporter une certain nombre d'exemples d'affection tuberculeuse de cet organe, publiées par les anatomistes sous les noms divers de squirrhe, abcès, scrofules ou tubercules du thymus.

M. Cruveilhier (1) a vu le thymus d'un jeune enfant rempli de tubercules suppurés, comme sont les poumons dans le dernier degré de la phthisie tuberculeuse.

Portal (2) a rencontré fort souvent chez les rachitiques des tubercules dans le thymus et le médiastin.

Dans le cadavre d'un enfant mort d'affection scrofuleuse, Lieutaud (3) trouva, outre les lésions accoutumées des viscères abdominaux, les poumons squirrheux, tuberculeux, fournis d'une enveloppe très épaisse et comme calleuse, et le thymus d'un volume considérable et squirrheux.

Un homme de 35 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament mélancolique, se plaignait d'une gêne dans la poitrine et d'une toux rare. Une fièvre lente survint, perte d'appétit, amaigrissement. Dans cet état il fut pris de douleurs à la tête et au dos, et d'insomnie opiniâtre, la difficulté de respirer augmente, la fièvre s'exaspère, il survient un dévoiement que rien ne peut arrêter, enfin mort dans le marasme. A l'ouverture de la poitrine, on trouva les poumons livides et squirrheux; le thymus était le siége de lésions à peu près pareilles. Le cœur était sec et remarquablement contracté sur lui-même (4).

Lieutaud (5) rapporte encore un autre cas analogue. Un jeune homme de 20 ans, à la suite d'une inflammation de poitrine et de très nombreuses saignées, resta affecté de dyspnée, avec difficulté du décubitus sur le côté gauche. Tout le corps s'œdématie, ainsi que la face et les paupières; la toux devient plus pressante, la dyspnée s'aggrave, respiration sifflante et menace de suffocation; pouls petit, irrégulier. Le côté droit de la poitrine, examiné avec soin, paraît bombé, et les côtes écartées en dehors. L'opération de l'empyème donne issue à environ six livres de sérosité citrine et visqueuse, et procure du soulagement; mais bientôt les mêmes symptômes reparaissent et s'aggravent, les urines deviennent rares, et le malade meurt.

A l'ouverture de la poitrine on trouva le thymus d'un vo-

---

(1) Portal, *in* Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 91, obs. 763. b.

(2) Haller, *Opus pathol.*, obs. 45.

(3) *Elementa physiologiæ.* T. III, p. 118.

(4) Comme celles rapportées par Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 90, obs. 761 : et p. 118, etc., obs. 851.

(5) Heister, *Compend. anat.* Nuremberg, 1749, p. 114, *in not.* — Weise, *De quibusdam machinæ humanæ extraordinariis.*

(1) Cruveilhier; *Essai sur l'anatomie pathologique.* Paris, 1816. T. II, p. 114.

(2) Portal, *sur le Rachitisme.* Paris, 1797, in-8.°, p. 260.

(3) Lieutaud, *Hist. anatomico-medica, ed.* Portal. Paris, 1797, in-4°, p. 91, obs. 763. — Nul doute qu'on ne doive prendre pour des tubercules ce qu'on décrit ici sous le nom de squirrhe.

(4) Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p 14, obs. 448.

(5) Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 118, obs. 185.

ume énorme, et squirrheux. Le poumon droit, revenu sur ul-même, est en partie squirrheux, en partie suppuré ; il xiste un épanchement de ce côté mais peu abondant, à ause de l'évacuation qui avait eu lieu pendant la vie. Il y vait aussi de la sérosité du côté gauche de la poitrine et dans le péricarde.

Dans le cadavre d'un enfant, scrofuleux depuis longtemps, qui succomba à la fièvre hectique, et qui, jusqu'à sa mort, avait pu se tenir debout (?) (*orthostadii*), tous les viscères de la poitrine et de l'abdomen étaient comme desséchés, racornis; le mésentère squirrheux était rempli de ganglions plus volumineux que des noix, blancs à l'intérieur et à l'extérieur, et comme cartilagineux. Le réservoir du chyle et le canal thoracique étaient entourés d'une multitude de ganglions dans le même état. Le thymus était également induré, mais d'un volume ordinaire (1).

Un jeune homme de 18 ans était infecté de la maladie vénérienne. A la suite d'un traitement mercuriel qui échoua contre son mal, il tomba dans une fièvre lente, accompagnée d'une toux très fatigante ; il s'y joignit une oppression de poitrine, des sueurs colliquatives ; le marasme survint, les forces tombèrent, et il mourut. Les poumons, obstrués et tuberculeux, nageaient dans une sérosité purulente. On trouva le thymus altéré par la suppuration, ainsi que les parties qui l'avoisinent, et particulièrement l'œsophage (2).

Dans le cadavre d'un autre jeune homme, également affecté de syphilis, on trouva des exostoses nombreuses à la face interne du crâne. La trachée et le larynx étaient sur plusieurs points affectés de carie. Les poumons étaient tuberculeux et le thymus suppuré. Plusieurs choses se firent remarquer dans l'abdomen, comme les lésions de divers viscères, mais surtout les vaisseaux lymphatiques qu'on voyait se dessiner très distinctement en bien des endroits, sans aucune préparation anatomique (3).

A l'ouverture du corps d'un jeune homme qui avait succombé à la phthisie, outre les lésions ordinaires des poumons, on trouva un ulcère sordide à l'intérieur du larynx et de la trachée. Le thymus était presque détruit par une suppuration putride. Les parties environnantes et l'œsophage étaient également affectés (4).

Glisson, au rapport de Lieutaud (5), a fréquemment trouvé chez les rachitiques le thymus squirrheux, et d'un volume énorme.

Haller trouva dans le cadavre d'une fille de 6 ans, scrofuleuse, les ganglions cervicaux strumeux et les poumons squirrheux. Le thymus avait un volume au-dessus de l'ordinaire, et était squirrheux dans toute son étendue. A l'œsophage adhérait un kyste du volume d'un œuf de pigeon, dont les tuniques très résistantes contenaient du pus dans leur intérieur (6).

A l'ouverture du cadavre d'un homme très robuste, de 27 ans, Velse (1) trouva le thymus squirrheux et d'un volume beaucoup plus considérable que ne comporte naturellement cet âge.

Heister (2) trouva chez un enfant de 13 ans, mort phthisique, le thymus totalement squirrheux et d'un volume au-dessus de l'ordinaire.

Heister (3) disséqua le cadavre d'un homme scrofuleux d'environ 30 ans. Toutes les glandes, soit dans le mésentère, soit dans la poitrine, étaient partout considérablement gonflées et indurées. Le thymus surtout était grandement accru ; il s'étendait sous le sternum et jusqu'à la glande thyroïde. Il y avait neuf livres de sérosité dans la poitrine.

Chez un enfant de 14 ans, sujet depuis son bas-âge à la toux et à des épistaxis fréquentes, qui avait enfin succombé à la fièvre hectique et à une difficulté toujours croissante de la respiration, F. Hoffmann (4) trouva le thymus grand, induré et rempli de tubercules ; les glandes axillaires et les poumons étaient le siége d'une altération semblable.

Voici ce que Slevogt et Granzinus (5) trouvèrent à l'autopsie d'un étudiant qui, après avoir eu longtemps des hémoptysies, fut pris de douleur dans la région jugulaire et de toux, un mois et demi plus tard cracha du pus et eut la respiration difficile, et mourut enfin dans le marasme. Le poumon droit était d'une dureté squirrheuse et desséché ; une petite caverne existait au sommet du poumon gauche ; autour du cœur étaient des ganglions de couleur noire, dont quelques-uns en suppuration ; le thymus avait le volume du poing, était creusé à l'intérieur d'une caverne en suppuration qui communiquait avec la trachée ; les autres viscères présentaient à peine des traces de maladie.

Lieutaud (6) emprunte à Manget l'observation suivante : une fille de 10 ans, scrofuleuse, avait une toux fréquente et rendait des crachats purulens ; le pouls était vite et fréquent, la respiration difficile. Les progrès de la maladie amenèrent le marasme, l'épuisement des forces, et la malade succomba. A l'autopsie on trouva une sérosité jaunâtre et abondante dans les deux côtés de la poitrine ; le péricarde en était également rempli ; le thymus était très grand, dur, calleux, noirâtre ; le poumon gauche contenait plusieurs calculs ; le droit en contenait aussi, et était en suppuration.

Nous tirons de Lieutaud (7) l'observation suivante qu'il

---

(1) Lieutaud ; *Hist. anat. med.* T. I.er, p. 124, lib. 1, obs. 522.
(2) Lieutaud, *ibid.* T. II, p. 92, lib. 2, obs. 766.
(3) Lieutaud, *ibid.* T. II, p. 303, lib. 4, obs. 81.
(4) Lieutaud, *ibid.* T. II, p. 92, obs. 767.
(5) Lieutaud, *ibid.* T. II, obs. 765.
(6) Haller, *Opuscul. pathol.* Lausanne, 1755, p. 12.

(1) Velse, *De quibusdam machinæ humanæ extraordinariis* (*In Halleri Disp. anat. select.* T. VII, p. 129).
(2) Heister, *Compend. anat.* Nuremberg, 1769, p. 114. *Not. In Jahre* 1725, *habe ich sie* (*die -Thymusdrüse*) *in einem Knaben von* 13 *Jahren, so an die Schwindsucht gestorben, gar scirrhœs und ungemein gross angetroffen.*
(3) Heister, *Obs. medic., miscellan.*, obs. 6. (*In Halleri Disp. anat. select.* T. VI, p. 723-24.
(4) F. Hoffmann, *Consultationes et Respons. med.* T. I, p. 350, cent. 1, sect. 2, cas. 75.
(5) J. H. Slevogt et Chr. Grazin, *Vomicæ pulmonis et vicinarum glandularum læta et tristia exempla.* Iena, 1708, §. 23. (*In Halleri, Disp. ad morb. hist. facient.* T. II, p. 320, in-4.°)
(6) Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 92, obs. 769.
(7) Lieutaud, *ibid.* T. I, p. 454, l. 2, obs. 69.

donne d'après Bonet. Un homme, remarquable par sa voracité, subit, pour se débarrasser des incommodités d'une entérocèle, l'opération de la castration. Tout allait bien, lorsque, au bout de trois semaines, il fut pris de difficulté d'avaler et de respirer. Le 3e jour, la langue était plus noire que le charbon, la difficulté d'avaler et de respirer était plus grande. Cette sorte d'angine avait cela de remarquable, qu'il ne paraissait rien de particulier ni à l'intérieur ni à l'extérieur, si l'on excepte la couleur noire de la langue. A l'autopsie, la trachée fut trouvée saine et sans la moindre inflammation. Le thymus était tuméfié, gorgé d'un sang noire, et comprimait la trachée; les poumons étaient enflammés, parsemés d'une multitude de taches noires, avec des signes évidens de gangrène.

Harder (1) observa un enfant de quinze ans atteint de difficulté de respirer, d'une toux fréquente, avec amaigrissement général. Pouls fréquent, crachats purulens. La fièvre lente s'exaspère; des vomissemens surviennent, les forces s'affaissent; le malade tombe dans la somnolence, et meurt. L'épiploon était squirrheux et putride; les poumons, fermement adhérens au diaphragme, étaient dans le même état. Le thymus était squirrheux et noirâtre; le péricarde rempli d'un ichor jaune.

Le même Harder (2) a publié une autre observation. Une fille de 17 ans, pauvre, et astreinte par conséquent à un mauvais régime, se plaignait d'une douleur vers le fond de l'estomac, et d'une puanteur des narines qui était très incommode aux personnes qu'elle approchait. Son ventre s'enfla, l'appétit disparut, les jambes devinrent œdémateuses. Enfin, les forces tombèrent, et la mort arriva. Ichor jaune et de mauvaise odeur dans l'abdomen. Epiploon putride et en partie détruit; intestins distendus par des gaz; le pancréas servait de base à une tumeur squirrheuse d'un grand volume; çà et là existaient des tumeurs squirrheuses et comme scrofuleuses. Le mésentère était squirrheux et la rate putride. A l'ouverture de la poitrine, on trouva le thymus squirrheux, les poumons adhérens aux côtes, le péricarde épais et rempli de sérosité.

Chez une petite fille scrofuleuse, de 3 ans, morte dans un paroxysme de l'asthme aigu, dit de Millar (ou d'*asthma thymicum*, selon Kopp), le docteur Ulrich a trouvé récemment, outre des tubercules des poumons et des glandes bronchiques, le thymus très grand et induré (3).

Chap. VII. — *Des tumeurs stéatomateuses du thymus et des tumeurs graisseuses occupant la place de cet organe.* — Quand le thymus a disparu chez l'adulte, sa place est occupée par du tissu cellulaire adipeux; ce n'est donc point là un état pathologique, à moins que l'accumulation de la graisse n'aille jusqu'à gêner par son abondance les parties voisines.

(1) Harderus Conf. Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 90, obs. 761; et Meckel's, *Abhandlung*, etc., p. 247.

(2) Harderi *Apiarium observation. med. cent.*, etc., *refertum*. Bâle, 1687, in-4°, p. 260. — Conf. Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. I, p. 392, lib. I, obs. 1637.

(3) Kopp. *Denkwürdigkeiten*, etc., p. 104-107.

Un exemple s'en est présenté à Wade (1), qui vit dans un homme mort asthmatique le médiastin comblé de graisse et le cœur comme enseveli dans cette masse.

Verdries (2) observa un thymus égalant le volume du poing, et complètement stéatomateux, avec obstruction et ulcération des poumons. Le malade, qui s'était plaint longtemps d'un resserrement de poitrine, avait fini par se figurer qu'il avait l'œsophage presque bouché, et qu'il y avait dans ce canal une tumeur qui devait passer à la suppuration.

Chap. VIII. — *Concrétions calculeuses, ossification du thymus* — De même que dans les autres glandes conglobées ou conglomérées, on trouve assez souvent dans le thymus des calculs ou concrétions calcaires qui, formées dans les cellules même de l'organe, ont été attribuées à l'induration du suc qui y est contenu. Lucæ (3) a prétendu qu'un long séjour dans l'alcohol convertissait l'humeur du thymus en cette matière crétacée; je n'ai pourtant rien vu de pareil, quoique j'aie examiné avec le plus grand soin un certain nombre de thymus que j'avais conservés dans l'esprit-de-vin pendant plus de trois ans.

Je ne mets point en doute que la substance du thymus ne puisse acquérir une dureté osseuse; mais je ne sais si l'on doit regarder comme des exemples d'ossification proprement dite les cas qu'on nous donne pour tels, ou s'il ne faut pas plutôt y voir des observations de concrétion calculeuses, car il n'est point rare que les auteurs donnent le nom d'ossification ou de calcul, à toute concrétion solide, quelle qu'en soit la nature. Il y a pourtant cette différence entre l'os et la concrétion calculeuse, si l'on considère leur composition chimique, que l'os renferme dans sa substance, outre un sel insoluble (le phosphate de chaux), une gélatine animale qui n'existe point dans le calcul; à quoi il faut ajouter que la substance osseuse est organisée, et se nourrit par des vaisseaux propres, tandis que les concrétions calculeuses sont complètement inorganiques. La différence de consistance à laquelle les auteurs (4) empruntent ordinairement le caractère distinctif de ces deux substances me paraît avoir beaucoup moins de valeur. Mais comme la plupart du temps les concrétions ossiformes mentionnées n'ont pas été soumises à l'analyse chimique, on n'oserait prononcer avec assurance si leur nature était celle de l'os ou du calcul.

Vater (5) trouva chez une fille de 11 ans, asthmatique dès son enfance, le thymus très grand et rempli de concrétions tophacées.

Des cas semblables ont été observés par Harder (6), Hoffmann (7) et d'autres (8).

(1) Wade, *Lond. med. obs. and. inquir.* Vol. III, p. 69. Conf. Voigtel, *Handbuch der patholog. anat.* T. I, p. 529.

(2) Verdries, *Ephem. nat. curios.*, cent. VII, obs. 120.

(3) Lucæ, *Anat. Untersuch. d. Thymus.* II, p. 60-61.

(4) Par exemple Otto: *Lehrbuch der pathologischen Anatomie.* Ester Band. Berlin, 1830, p. 53.

(5) Christ. Vater, *in Ephem. nat. curios.*

(6) Harder, *Apiarium observationum*, obs. 45.

(7) Hoffmann, *Cardianostrophe*, p. 6.

(8) *Act. med. Berolinens.*, vol. I, dec. 3, p. 28. — Schurig, *Lithologia*, cap. 2, §. 66, p. 233.

Une petite fille de 5 ans était affectée de toux, de dyspnée, avec menace de suffocation ; elle mourut, et Binninger (1) trouva les poumons adhérens aux côtes, et le thymus *ossifié* quoique spongieux.

De toutes les observations empruntées à divers auteurs, que nous avons recueillies, exposées et rapprochées autant que possible, il résulte que le thymus est susceptible d'éprouver les mêmes altérations que les autres organes parenchymateux ; elles prouvent en même temps que ces altérations ne mettent que peu d'obstacles à l'exercice des fonctions vitales, et qu'elles ne causent guère d'autres accidens que ceux qui résultent de la compression des organes voisins, avec un peu d'amaigrissement chez les jeunes enfans ainsi que nous en avons déjà fait la remarque.

(*La suite au prochain Numéro.*)

ÉPILEPSIE GUÉRIE PAR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE;

Par J. R. PRESTON.

Un homme de 25 ans, d'un tempérament sanguin et athlétique, était sujet depuis cinq ans à de fréquentes attaques d'épilepsie, revenant ordinairement une fois tous les quinze jours. Les accès se reproduisaient en général sans aucune cause appréciable d'excitation ; mais ils étaient parfois provoqués par des excès. Il y avait dans ce cas une forte congestion cérébrale. Pour la combattre, M. Preston se détermina à lier l'artère carotide primitive, ce qu'il fit le 4 février. L'artère fut embrassée par une simple ligature qui se détacha le 5 mars. Jusqu'au 13 avril, époque à laquelle l'observation a été publiée, il n'y avait eu aucun retour des attaques d'épilepsie, et aucune tendance à leur réapparition. (*Transaction of the medical and physical Society of Calcuta*, vol. 5).

Quoique l'opération exécutée par le docteur Preston ait eu un succès, dont au reste la persistance n'a pas été constatée pendant un assez long espace de temps pour qu'on puisse croire à la cure tout-à-fait radicale de l'épilepsie, cependant on ne peut se dissimuler qu'il avait agi contrairement aux règles d'une saine thérapeutique. Après être restés longtemps dans une sorte de pusillanimité pour la ligature des gros vaisseaux, les chirurgiens en seraient-ils arrivés à se décider à ces ligatures avec la même facilité qu'à l'emploi des moyens thérapeutiques les plus usuels? L'application de la ligature dans l'épilepsie est d'autant moins rationnelle, que la cause organique de cette affection dans un cas donné étant inconnue, il est impossible de se guider autrement que par des conjectures. Or, il n'est pas permis, sur de pareilles indications, de se résoudre à une opération aussi sérieuse que celle de la ligature de la carotide.

EMPLOI DU TRÉPAN DANS L'ÉPILEPSIE. *Par le professeur Dudley.* — Le cas suivant est le 6e de cette espèce qui ait été obtenu par le professeur Dudley ; les cinq autres ont été consignés dans son mémoire *sur les plaies de la tête* qui a été inséré dans le 1er N°. du *Journal de Transylvanie.*

N.** fut atteint d'une plaie d'armes à feu à la tête dans le mois de mars 1832 ; le lendemain le médecin retira de la plaie plusieurs esquilles, et, à raison de la lésion de la dure-mère, il s'échappa une certaine quantité de la substance cérébrale ; aussitôt que les esquilles et la portion du cerveau désorganisée furent enlevées, la plaie fut pansée et le malade fut censé guéri au bout de deux mois. Cependant, d'après le rapport de celui-ci, un léger écoulement continua à se faire jour par la plaie, et au bout de quelques mois il fut pris d'attaque épileptique avec altération de la santé générale. On découvrit alors que la matière de la suppuration provenait de la substance du cerveau et que le crâne paraissait malade. Ce fut alors qu'il s'adressa au professeur Dudley ; son aspect était celui d'un homme qui avait souffert pendant longtemps d'une lésion du cerveau et des fonctions digestives. Une cicatrice de deux pouces et demi dans la partie moyenne et postérieure du pariétal droit indiquait le lieu de la lésion primitive ; en deux points de la cicatrice existaient de petits conduits sinueux qui donnaient issue à un pus mal élaboré. A l'aide d'une sonde on reconnut que l'os était malade. Le trépan fut appliqué dans la direction et sur un côté de la fracture primitive. Aussitôt que le segment osseux eut été enlevé par le trépan, on trouva des esquilles isolées sous la dure-mère dans une cavité formée par la substance cérébrale.

On retira trois de ces esquilles de la grosseur de l'ongle du pouce en même temps qu'une végétation morbide de la surface de la dure-mère malade. Un pansement simple fut appliqué et renouvelé de temps en temps ; pendant la semaine le malade fut débarrassé de tout symptôme morbide tant général que du côté du cerveau. (*Transylvanian Journal*, avril 1832).

EXTRACTION D'UN HARICOT CONTENU DANS LA VESSIE ; *par le docteur Angelo Duse.* — Un paysan de Valnogaredo, dans la province d'Este, âgé de 42 ans, d'un tempérament sanguin et irritable, se livrant à la masturbation, s'introduisit dans l'urètre un haricot d'une grosseur assez considérable ; le corps étranger, poussé de plus en plus profondément, pénétra de la sorte dans la vessie. Depuis trois mois cet accident avait eu lieu, quand il vint consulter le docteur Duse. Un chirurgien, consulté peu de temps après, avait conseillé plusieurs moyens qui n'avaient eu aucun résultat. Quand le docteur Duse vit le malade, il y avait tous les symptômes d'une cystite aiguë accompagnée d'un besoin continuel d'uriner, et dès qu'un jet d'urine un peu fort commençait à sortir, il était tout-à-coup interrompu par le corps étranger qui se présentait au-devant de l'orifice du col de la vessie. Un traitement antiphlogistique fut préalablement mis en usage pour calmer les accidens inflammatoires. Le Dr. Duse avait d'abord songé à opérer graduellement la dilatation de l'urètre, de manière à faciliter la sortie du

---

(1) Binninger, *Observationum et curationum medicinalium*, cent. 3, obs. 30. Montbelliard, 1673, in-8.° — Un cas semblable, si ce n'est le même, est rapporté par Th. Bonnet. (*Sepulchretum anatomic.*, lib. 2, sect. 1, obs. 89. Lyon, 1700. In-fol. T. 1, p. 525.)

corps étranger; mais l'emploi des moyens dilatans eussent augmenté ou renouvelé la cystite, et d'ailleurs l'élargissement du canal ne pouvait avoir lieu qu'à la longue, et pendant ce temps des couches salines se seraient déposées chaque jour à la surface du corps étranger, et en eussent augmenté la grosseur. L'extraction la plus prompte était donc de toute manière le moyen le plus avantageux.

Pour l'opérer, le docteur Duse fit construire en fer blanc une sonde courbée en S, comme les cathéters ordinaires, terminée par une ouverture arrondie, à bords mousses, dans laquelle il introduisit un mandrin terminé par deux branches qui se réunissaient comme celles d'une pince à branches concaves. En attirant à soi la tige du mandrin, les deux mords se rapprochaient de manière à former un anneau d'un diamètre à-peu-près égal à celui de la cavité de la sonde.

Quand les symptômes de la cystite furent notablement calmés, le docteur Duse procéda à l'opération, après avoir fait boire abondamment au malade un liquide émollient. La vessie était notablement distendue par l'urine, quand il introduisit la sonde qui y pénétra facilement. Il avait eu soin d'enfoncer aussitôt davantage le mandrin, pour que les mords de la pince s'ouvrissent largement au-devant de l'extrémité de la sonde qu'il maintint engagée seulement à l'orifice du col de la vessie; un jet d'urine sortit promptement, et fut bientôt brusquement interrompu par le corps étranger que le flot d'urine entraîna contre l'ouverture de la sonde. A l'instant même le docteur Duse attira lentement le mandrin à lui, et l'obstacle qu'il sentit lui annonça que le corps étranger était pris entre les mords de la pince. Il maintint alors solidement le mandrin au point où il avait attiré, et retirant la sonde doucement et sans secousse, il amena de la sorte avec assez de facilité la moitié du haricot, dont la section était récente, et annonçait qu'elle avait été faite par les branches de la pince. Ce premier succès encouragea le docteur Duse à tenter immédiatement l'extraction de l'autre moitié du haricot; elle fut effectuée de la même manière et avec la même promptitude. Depuis un mois que cette opération a été pratiquée, la santé de l'opéré est excellente.

Le haricot introduit dans l'urètre, et qui de là était arrivé dans la vessie, avait la grosseur de ceux dits de Soissons. Il était assez sec; son écorce était coriace comme du parchemin; il avait évidemment augmenté de volume depuis son séjour dans la vessie, et sa surface était déjà recouverte de plusieurs couches d'acide urique. Aussi n'est-il pas douteux qu'il eût été plus tard le noyau d'un calcul. Le docteur Duse fait remarquer que la seule cause qui l'ait empêché d'amener ce corps étranger entier, a consisté dans la traction trop forte qu'il a exercée sur le mandrin de la sonde, traction par suite de laquelle les mords de la pince avaient coupé le haricot en travers. (*Annali universali di Medicina*, N° de juin 1833.)

PURPURA HOEMORRHAGICA GUÉRIE PAR LE TARTRE STIBIÉ; *obs. de M. Plager.* — Une jeune femme, âgée de 24 ans, vint consulter l'auteur pour une hémorrhagie de l'arrière-bouche, d'un caractère assez grave. Elle avait aussi la peau parsemée de pétéchies, et tachée dans les intervalles de *vibices*. Sa langue était brune, et le pouls si faible, qu'il ne parut pas prudent de recourir à la saignée. On administra le carbonate d'ammoniaque, mais sans produire aucun effet marqué sur l'hémorrhagie ou les pétéchies. Connaissant les effets du vomissement sur la circulation veineuse, qu'il paraît exciter à un haut degré, M. Plager prescrivit un demi-grain de tartre stibié dissous dans un peu d'eau, chaque quart-d'heure, jusqu'à ce que le vomissement eût lieu. Immédiatement après le vomissement, l'hémorrhagie cessa, et depuis ce moment les pétéchies et les vibices furent graduellement et rapidement absorbées, et la jeune femme se rétablit parfaitement sans qu'il fût nécessaire de répéter l'émétique ou d'employer aucun autre médicament. (*The London med. Gaz.*, juillet 1833.)

CHATONNEMENT DU PLACENTA COMPLIQUÉ DE LA PRÉSENCE D'UN POLYPE FIBREUX DANS L'UTÉRUS; *Obs. par L. Sazie, interne des hôpitaux, membre de la société anatomique et de la société phrénologique.* — Je fus appelé le vendredi 16 août auprès de la femme Magdeleine Baudin, entrée depuis deux jours à l'hôpital Saint-Louis dans la salle des femmes en couches. Elle éprouva pour la première fois le lundi soir 23 août quelques légères douleurs qui depuis ont successivement pris de l'intensité. Les douleurs se prononcèrent encore davantage dans la nuit du jeudi, et le vendredi matin elles étaient tellement intenses, qu'on jugea le travail d'accouchement en pleine activité.

Arrivé près de la malade, je trouvai le travail déjà très avancé, la présence de la tête placée en première position (occipito-cotyloïdienne gauche) dans l'excavation du bassin et ayant déjà franchi les limites du col de l'utérus. Deux ou trois douleurs la poussèrent bientôt contre la vulve qu'elle ne tarda pas à franchir, ce qui permit de reconnaître à la vue la position déjà exactement déterminée au toucher. La sortie du reste de l'enfant s'opéra de la manière la plus simple; les parties extérieures de la génération n'offrirent presque pas de résistance pendant le travail chez cette femme qui accouchait pour la sixième fois. Au passage, l'enfant avait expulsé du méconium. Immédiatement après la naissance, l'enfant était beaucoup plus rouge que cela n'a ordinairement lieu; il ne paraissait pas non plus avoir acquis le développement convenable d'un enfant à terme, ce qui s'appliquait surtout à ses membres pectoraux et pelviens. Peu de temps après l'accouchement il rendit encore une notable quantité de méconium; il portait en outre une hydrocèle par infiltration aux deux bourses qui égalaient ensemble le volume d'une pomme ordinaire.

Environ dix minutes après l'expulsion de l'enfant, je voulus procéder à la délivrance; malgré des efforts assez considérables, et quoique depuis la sortie de l'enfant il se fût écoulé un temps suffisant pour permettre à l'utérus de revenir sur lui-même et d'achever le décollement du placenta, je fus surpris de ne pouvoir lui imprimer aucune impulsion. Toutefois ne pouvant soupçonner qu'un défaut de retour sur lui-même de l'utérus, je crus prudent d'attendre plus longtemps et de continuer les frictions sur le ventre pour hâter ou réveiller les contractions utérines, et laisser ainsi achever le décollement du placenta, en supposant qu'il adhérât encore par quelque point. Environ deux minutes après, je renouvelai les tentatives d'extraction; ce fut avec tout aussi peu de succès que la première fois. Je fus dès lors porté à croire un instant que le placenta dont une portion se fesait sentir à

la partie supérieure latérale gauche du col, était retenu et fixé vers ce point par l'effet des tractions qui lui étaient imprimées, ou que peut-être il y avait établi ses adhérences. Quoi qu'il en fût, je voulus augmenter alors les tractions sur le cordon en leur imprimant une direction plus perpendiculaire, et, sans en obtenir aucun résultat avantageux, j'opérai la rupture de cet organe à trois pouces environ de l'entrée de la vulve; les difficultés de ce temps de l'accouchement ayant été ainsi accrues, il devient urgent d'apprécier d'une manière plus exacte la nature et le siége de l'obstacle auquel j'avais affaire. Portant à cet effet la main gauche dans la cavité de l'utérus, en glissant sur le placenta pour m'assurer s'il adhérait réellement à quelque point du col, je pus sans difficulté la promener autour de cet organe que je trouvai flottant dans la cavité de la matrice et entouré de caillots sanguins. La main poussée alors plus loin jusqu'à la rencontre d'un obstacle, je trouvai le placenta placé de champ, et fortement étranglé par un rétrécissement circulaire et la constriction intense sur lui des fibres du fond de l'utérus. Le placenta était froncé, formait des plis que je n'eus pas de peine à sentir et paraissait notablement rétréci au lieu où l'étranglement commençait; ayant ensuite parcouru et cherché à apprécier avec soin le contour du bourrelet utérin qui constituait l'étranglement, je le trouvai épais, arrondi et résistant.

Après avoir reconnu avec précision la nature de l'obstacle qu'il fallait vaincre, je me demandai un instant quelle était la marche la plus sûre à suivre. En saisissant avec la main déjà portée dans la cavité de la matrice, le placenta, pour essayer de l'entraîner au-dehors, je devais surtout craindre de déchirer cet organe au point où il était étranglé et d'en laisser par conséquent une partie dans l'intérieur même du diaphragme utérin ou dans l'arrière-cavité qu'il concourait à former; de la sorte la portion déchirée du placenta se fut bientôt putréfiée dans ces cavités d'où l'on n'eût pu l'extraire par aucun moyen; ces réflexions m'éloignèrent de toute tentative semblable et me firent en même temps recourir à un moyen plus sûr de dégager la portion pincée du placenta et d'entraîner celle que je devais supposer enchatonnée dans l'arrière-cavité anormale de la matrice; j'essayai à cet effet d'introduire le doigt indicateur entre le placenta au point où il était pincé, et le diaphragme qui en opérait l'étranglement; mais je ne parvins à son introduction qu'après avoir éprouvé beaucoup de difficultés, à force de précaution et de patience; la résistance du diaphragme utérin était si grande, que j'eus lieu de douter d'abord si ce n'était pas plutôt à la faveur de l'affaissement de la portion étranglée du placenta que par la dilatation réelle du cercle utérin, qu'il me fut permis d'opérer cette introduction. Ainsi placé, le doigt était fortement serré, ce qui m'empêcha de le pousser assez loin pour reconnaître, et d'appuyer sur le bord de la portion du placenta renfermée dans le kyste; je voulus alors, en fixant ce doigt dans la demi-flexion, le faire appuyer en manière de levier sur la portion pincée du placenta pour combiner cette impulsion avec quelques tractions exercées sur le cordon qu'il fallut désormais saisir avec l'autre main muni d'une compresse, dans l'intérieur même du vagin. Cette manœuvre resta impuissante, malgré des efforts de traction assez considérables, exercés pourtant avec toute la prudence nécessaire pour ne pas déchirer de nouveau le cordon ombilical qui, déjà trop court, augmentait les difficultés à vaincre.

En présence de ces obstacles toujours croissans, je crus devoir insister uniquement sur la dilatation mécanique du diaphragme utérin pour dégager le placenta; à cet effet, je parvins à introduire le doigt médius en même temps que l'index, mais après de longs efforts et d'une manière insensible; alors je luttai quelque temps contre la constriction du cintre utérin, en réagissant sur lui avec ces doigts pour le dilater. Je ne le retirai que quelque temps après, lorsque je pus raisonnablement penser avoir obtenu quelque dilatation de ce rétrécissement. Je repris aussitôt les tractions sur le cordon ombilical, en agissant avec l'autre main immédiatement sur le placenta, et je parvins enfin à le dégager et à l'entraîner au-dehors.

Je m'empressai d'examiner avec soin le placenta pour reconnaître son état, et m'assurer s'il n'aurait pas été déchiré par les tractions que j'avais dû y exercer, et s'il n'en serait pas resté quelque portion dans la cellule utérine. Le placenta offrait un étranglement et un amincissement circulaire au point où il avait été pincé, et cette forme était permanente et se conserva longtemps après la délivrance. Du côté de sa face fœtale on voyait distinctement des plis, des froncemens qui venaient converger vers l'étranglement, comme cela aurait lieu, pour ainsi dire, sur un corps rond, mince et compressible dont on rétrécirait un des diamètres. L'étranglement portait à-peu-près sur la partie moyenne du placenta.

Il ne fut pas aussi facile qu'on pourrait le croire de reconnaître s'il était resté quelque portion du placenta dans ce kyste ou la cavité du cintre interne, ce qui pourtant était d'une si grande importance à constater. En effet, le placenta avait été tellement froncé au voisinage, comme sur l'étranglement lui-même, que la plupart de ses cotylédons étaient déchirés, séparés les uns des autres, adhérant par quelques points seulement aux membranes fœtales, sans former une surface continue et uniformément arrondie. Cette circonstance vint légitimer le désir que j'avais déjà de porter de nouveau la main dans la cavité de la matrice pour constater le nouvel état des parties. Avant de parvenir au diaphragme, situé très haut, je rencontrai une assez grande quantité de caillots fixés et pendant aux parois de l'utérus. Je ne les détachai que le moins possible, dans la crainte de provoquer l'hémorrhagie, ayant toutefois le soin de m'assurer de leur consistance pour ne pas le confondre avec quelque portion du placenta; portant ensuite la main plus haut vers la partie supérieure de l'utérus, je rencontrai de suite le diaphragme anormal; son ouverture s'était déjà beaucoup resserrée, car elle ne permettait plus que difficilement l'introduction des deux doigts médius dont la présence y excitait des contractions qui tendaient à en augmenter encore le resserrement. Pénétrant bientôt, le plus loin possible, dans le kyste utérin, je n'y rencontrai aucune portion de placenta; à la vérité il ne me fut pas possible de porter les doigts assez haut pour explorer convenablement toute l'étendue des parois et de la cavité de ce kyste; mais à sa partie supérieure et antérieure, je rencontrai un corps d'une dureté singulière. Je crus au premier abord à la présence d'une autre fœtus

dans cette arrière-cavité, et ayant aussitôt essayé de le soulever, je ne lui imprimai que de légers mouvemens de totalité qui ne s'accompagnèrent d'aucune sensation de balottement. J'essayai de le comprimer entre ce doigt et la main droite appliquée sur les parois abdominales, ce qui me fit reconnaître un corps dur, arrondi, offrant quelques bosselures, égal à la moitié de la tête d'un enfant à terme. A ces signes il n'était pas difficile de reconnaître un polype fibreux, développé peut-être dans l'épaisseur des parois de l'utérus, et dont l'accroissement s'était surtout opéré du côté de la cavité abdominale. Ce jugement me fut confirmé par les réponses de la malade, que je rapporterai bientôt. Je ne tardai pas à éprouver une constriction assez forte sur le doigt que je gardais dans le cercle utérin qui s'était notablement resserré depuis; sa présence y déterminait une sensation remarquable par la précision avec laquelle elle était perçue. Cette femme me déclarait sentir distinctement tous les effets de compression ou frottement que j'y exerçais au moyen de ce doigt. Pendant toutes ces recherches, elle n'avait éprouvé de douleur que pour l'introduction de la main, et seulement lorsqu'elle franchissait la vulve et le col de l'utérus : sa présence dans la cavité de la matrice et du cercle utérin ne causait pas de douleur. Toutes ces explorations terminées, je fis placer la malade dans un lit convenable. Elle sortit de l'hôpital le dixième jour après ses couches.

Cette femme, âgée de 41 ans, brunisseuse en porcelaine, est d'un tempérament sanguin-lymphatique. Jamais elle n'a été malade d'une manière bien sérieuse. Elle a eu six grossesses, et elle n'a éprouvé d'autre accident à la suite de ses couches qu'une perte pour laquelle elle resta six semaines malade; et qui fut provoquée par le froid qu'éprouva cette femme en lavant du linge pendant l'hiver, huit jours après l'accouchement. Elle a eu trois garçons et trois filles; il lui en reste quatre, deux de chaque sexe. Une de ses filles succomba à la teigne granuleuse dont elle était traitée à Saint-Louis; elle avait déjà vu mourir un garçon dans les convulsions, neuf jours après sa naissance. Après être accouchée de sa fille aînée, âgée de treize ans, et qui vit encore, cette femme déclare avoir senti dans la région hypogastrique une tumeur dont elle n'avait jamais constaté l'existence avant ni pendant sa grossesse. Elle me persuada qu'immédiatement après ses couches, cette tumeur était tout aussi grosse qu'aujourd'hui. Cette femme devint de nouveau enceinte dix sept mois après, et accoucha bientôt d'une autre fille, celle que nous avons dit être morte de la teigne. Onze ans et demi plus tard, elle est de nouveau devenue enceinte du garçon dont elle vient d'accoucher et dont j'ai déjà signalé l'état. Pendant ces grossesses, cette femme n'avait nullement conscience de la tumeur, mais dans leur intervalle elle la sentait flotter dans l'abdomen, et se porter de préférence du côté droit. Elle ne donne lieu à aucune douleur. La malade croit quelquefois la sentir se remuer spontanément, mais cela n'arrive que quand elle se tient assise, et que, par suite, la matrice ne repose pas sur une de ses faces, et est seulement soutenue par ses alignemens qui lui permettent alors des mouvemens latéraux d'inclinaison. Cette femme a toujours été réglée à des époques fixes, jamais elle n'a eu de ménorrhagie; la tumeur est dure, s'élève du fond de l'utérus vers l'ombilic; son volume est égal au moins à la moitié de la tête d'un enfant à terme; elle est arrondie, présente à sa surface quelques saillies irrégulières peu nombreuses. Elle n'offre point de résistance, et même pressée entre le doigt introduit dans l'utérus et la main droite placée sur l'abdomen, elle a offert une résistance considérable sans laisser percevoir aucune sensation ni compression propre à décéler un liquide. Si du reste elle eût été formée par un kyste, elle aurait sans doute suivi une marche plus rapide d'accroissement depuis treize ans que son existence est bien positivement reconnue. Tous ces signes négatifs établissent, d'une manière pour ainsi dire certaine, la nature cellulo-fibreuse de cette tumeur. L'excrétion des matières fécales et de l'urine n'a jamais été sensiblement viciée chez cette femme, ce que permet aisément de comprendre la situation élevée de la tumeur, quelles que soient ses dimensions.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DE CLINIQUE

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ, ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

PAR MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET RÉCAMIER.

OCTOBRE 1833.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Recherches sur les causes secrètes des épidémies;

Par M. le baron ALIBERT.

La question qui s'offre à nos méditations me paraît d'un grand intérêt. Il s'agit de prouver que les maladies pestilentielles peuvent se manifester dans les endroits les moins exposés aux émanations atmosphériques, comme dans ceux où elles montrent le plus d'activité.

Aussitôt qu'une maladie épidémique se déclare dans une contrée, la première pensée des magistrats et celle du peuple est d'en chercher les causes matérielles dans les altérations des objets qui les environnent et qui frappent immédiatement leurs sens. C'est alors qu'on a lieu de s'étonner de la rapidité avec laquelle s'entretiennent les opinions les plus extravagantes, dès qu'une fois on est frappé ou prévenu. Les croyances les plus absurdes, les idées les plus bizarres, suffisent alors pour tout expliquer aux yeux du public.

C'est ainsi qu'on vit autrefois les Romains attribuer la peste qui, sous le règne de l'empereur Marc-Aurèle et des Antonins, sembla menacer l'Europe et l'Asie d'une dépopulation totale; c'est ainsi, dis-je, qu'on les vit attribuer ce grand fléau à une misérable cassette qu'un soldat avait trouvée à Séleucie dans le temple d'Apollon, lors de la prise de cette ville par Lucius Verus (1). Les historiens Ammien Marcellin et Julius Capitolinus, qui nous ont transmis ce fait, disent sérieusement que ce soldat ayant eu l'imprudence d'ouvrir cette cassette qui était d'or, et qui ne contenait que de ridicules secrets des anciens Chaldéens, il sortit de cette nouvelle boîte de Pandore un esprit pestilentiel, dont les effets furent si étendus et si rapides qu'il infecta toute cette portion du globe qui s'étend depuis les frontières de la Perse jusqu'au Rhin et à l'extrémité des Gaules.

On lit dans Forestus, écrivain d'ailleurs fort estimable, que la peste qui se déclara en Hollande au seizième siècle, et qui ravagea principalement le territoire d'Egmont, fut occasionée par une baleine qu'il avait vue lui-même s'échouer sur le rivage, et qui s'y était putréfiée. Qu'au moment de l'invasion d'une épidémie pestilentielle, il arrive une seule pièce d'étoffe d'un endroit où ce fléau ait existé; qu'il se présente un étranger arrivant d'une contrée lointaine, il n'en faudra pas davangage pour l'accuser lui ou cette misérable pièce d'étoffe d'avoir apporté le germe de l'infection; l'étranger sera renvoyé, et l'étoffe, après avoir été brûlée, sera vouée à mille fois plus d'imprécations que ne le fut autrefois l'innocente robe de Déjanire, tandis que le peuple, satisfait de cette explication, se dispense de pousser plus loin ses recherches, et se résigne à son malheureux sort.

Qu'au défaut de cette pièce d'étoffe ou de ce malheureux étranger, arrivés dans le pays vers le temps de l'invasion dont nous parlons, il se soit livré une bataille près du lieu qui est le théâtre de l'épidémie; qu'on ait creusé dans le voisinage, vers cette époque, quelque puits ou quelque fosse d'où il se soit exalé quelque vapeur; qu'une rivière voisine se soit débordée, et qu'elle ait laissé un peu de limon sur le rivage; qu'on ait enfin négligé la propreté des rues ou celle des maisons, le plus léger foyer de corruption suffit pour expliquer aux yeux de la multitude la naissance du plus inconnu comme du plus terrible des fléaux.

Cette explication est même saisie par le peuple avec avidité, parce qu'elle n'exige de sa part aucun effort de méditation; le médecin lui-même s'en contente ordinairement, parce que, d'une part, elle l'affranchit de toute responsabilité; et que, de l'autre, elle le dispense des études nécessaires pour remonter aux véritables causes : enfin, elle flatte

(1) Je rappelle ce fait extraordinaire dans la description que j'ai donnée de la peste de Villefranche. (Voyez ma *Physiologie des Passions*, t. II.)

sans qu'on s'en doute l'amour-propre national; on serait secrètement humilié d'appartenir à une contrée favorable à la production de la peste, et on est bien plus satisfait de penser ou de faire croire que la maladie est étrangère, ou que son apparition n'est due qu'à un accident dont, avec un peu de surveillance, il sera facile de se garantir une autre fois. En attendant, on néglige la recherche des causes naturelles, et on ne prend aucune mesure raisonnable pour se mettre à l'abri des ravages épidémiques.

Quelques faits relatifs aux propriétés essentielles de l'air prouveront le peu de fondement qu'ont les préjugés dont nous venons de parler. Ils ont bien peu étudié les propriétés dissolvantes de ce fluide, ceux qui pensent que quelques miasmes fournis par des moyens d'infection aussi bornés que ceux que nous venons de mentionner, puissent résister à un agent qui décompose à la longue la lave vitrifiée, et le métal le plus dur; ils sont surtout bien peu fondés ceux qui s'imaginent que ces miasmes, transportés dans des pays éloignés, peuvent, sans éprouver aucune altération de la part de cet agent, conserver au loin leurs qualités malfaisantes, et venir à des milliers de lieues corrompre l'immense atmosphère de tout une contrée.

Pour se désabuser de cette croyance, on n'a qu'à considérer quelques-uns des phénomènes qu'on voit se produire tous les jours par l'action du fluide aérien; qu'on examine, par exemple, cette fosse profonde d'aisance, dont les émanations sont si délétères qu'elles donnent une mort certaine à tous ceux qui ont l'imprudence de s'exposer à leur action, et qu'on mette en contact avec l'atmosphère l'immense quantité de miasmes qu'elle contient, on verra tout aussitôt ces miasmes pénétrés et dénaturés par la masse d'air ambiant; on pourra respirer librement et sans péril dans un lieu où, peu de temps auparavant, on eût pu craindre l'asphyxie.

Ajoutons que toutes ces vapeurs méphitiques pourront se répandre dans le fluide aérien sans que la salubrité de ce dernier en soit diminuée. Telle est en effet la manière d'être de ce fluide, qu'il n'est point de substance dans la nature qui possède au plus haut degré, dans son essence même, la faculté de corriger les altérations qu'elle est susceptible d'éprouver. Entraînés dans la fluctuation continuelle qui les agite, il n'est point de miasmes qui ne s'y trouvent bientôt volatilisés ou décomposés, et qui ne finissent par céder à l'action dévorante de cet élément.

Qu'on réfléchisse à ces vastes excavations que rencontrent souvent les ouvriers qui exploitent les mines dans l'intérieur de la terre. La masse de méphitisme qu'elles contiennent suffirait souvent pour donner la mort à toutes les espèces qui respirent. Les premiers hommes qui ont eu la témérité de les visiter ont été sur-le-champ victimes de leur imprudence, et le même sort attend tous ceux qui auront la témérité de les imiter. Cependant, si on pratique des ouvertures à ces excavations, si on établit des communications grandes et libres avec l'air atmosphérique, si on facilite surtout l'accès de ce fluide par le moyen des ventilateurs appropriés, bientôt tous ces principes méphitiques sont dissous, et l'on pourra dès-lors pénétrer dans ces grottes sans danger.

Les exhalations qui s'élèvent des marais, lorsque l'écoulement ou l'évaporation des eaux les laissent à découvert, fournissent une bien forte preuve de cette propriété dissolvante que possède l'air atmosphérique. L'esprit ne saurait concevoir la masse d'émanations qui s'élèvent de ces marais, dont quelques-uns forment la surface de tout une contrée et occupent un espace d'un grand nombre de lieues. Ces émanations, qui sont le produit d'une immense quantité de végétaux et d'animalcules auxquels ces marais servent de tombeau et qui s'y putréfient, sont en quelques endroits tellement pernicieuses, que les oiseaux même ne sauraient traverser sans danger l'atmosphère qui les couvre; et qu'on les voit, par un instinct bien admirable, faire dans leur course de grands détours pour l'éviter. Il semblerait, au premier coup d'œil, qu'un aussi immense volume d'exhalaisons délétères, poussé sans cesse dans l'air ambiant, devrait le tenir constamment empoisonné et porter au loin l'infection et la mort. Cependant, à peine ces miasmes ont-ils quitté le lieu où ils s'étaient formés, que les principes qui les rendaient nuisibles, loin de donner naissance à la peste, sont décomposés, désunis, sans conserver aucune de leurs qualités malfaisantes.

Qu'on se représente encore cette grande masse d'émanations qui s'engendre dans les grandes villes; qu'on réfléchisse sur la quantité d'infections de toute espèce qui doivent se produire dans les hôpitaux, dans les prisons, dans les divers ateliers; enfin, au milieu de l'immense population d'un million d'hommes et d'un pareil nombre d'animaux réunis dans un aussi petit espace! Qui ne croirait que l'incalculable méphitisme, fourni à chaque instant par tous ces foyers, ne dût en peu de temps corrompre l'atmosphère de ces villes! Cependant toutes ces émanations, à peine parvenues dans la masse aérienne, y sont neutralisées, dispersées au loin, y restent impunément suspendues, et, loin d'engendrer la peste dans la contrée, on les voit causer à peine quelque altération sensible dans cette portion même de l'atmosphère qui sert d'aliment immédiat aux habitans de ces villes.

Les faits que nous venons de rapporter suffiraient sans doute pour démontrer d'une manière évidente cette faculté salutaire et réparatrice dont la nature a doué le fluide aérien, mais il est encore des sources bien plus fécondes d'exhalaisons délétères, qui sans cesse neutralisées par la force dissolvante de ce fluide, caractérisent au plus haut degré cette faculté dont nous parlons; ce sont celles que fournissent le système de la végétation et le règne minéral.

Pour se former une idée de l'immense quantité d'émanations malfaisantes qui s'engendrent dans l'atmosphère par le seul acte de la végétation, on n'a qu'à présenter à la pensée l'effet que produisent dans un salon hermétiquement fermé un simple pot de fleurs, un flacon d'essences ou une corbeille de plantes odoriférantes; les gaz pernicieux qui s'en détachent y répandent en peu de temps une telle quantité de méphitisme, que des expériences multipliées prouvent qu'on y trouverait une mort certaine et subite, si on avait l'imprudence d'y entrer sans précaution, c'est-à-dire sans y avoir préalablement rétablis un libre accès de l'air. Qu'on calcule maintenant l'immense quantité d'émanations végétales dont ce fluide est le réceptacle, on ne pourra se défendre d'un sentiment d'admiration en songeant aux propriétés bienfaisantes de cet élément, quand il est dans un état de liberté. Nous lui devons, en effet, l'avantage de jouir sans danger de l'in-

comparable suavité des fleurs et des parfums inimitables qui s'en exhalent.

Enfin, le règne minéral donne lui-même naissance à une telle quantité d'émanations pernicieuses, qu'elles suffiraient seules pour faire périr en peu de temps toutes les espèces vivantes, si, à mesure qu'elles s'élèvent dans l'air atmosphérique, elles n'étaient sur-le-champ dépouillées de leurs qualités délétères par l'action irrésistible de ce fluide. En considérant seulement que quelques morceaux de charbon enflammé suffisent pour méphitiser un vaste appartement, et y asphyxier tous les individus qui s'y trouvent renfermés, on pourra se faire une idée de la masse inappréciable de tous les gaz délétères qui se détachent du règne minéral pour se répandre et se neutraliser dans l'atmosphère.

On ne finirait pas si on voulait indiquer tous les foyers, toutes les sources d'infection qui versent dans le fluide aérien des principes malfaisans; ces sources et ces foyers sont si nombreux, qu'on a lieu de s'étonner que l'existence animale puisse s'y maintenir. Cependant tous ces principes de destruction, parvenus dans ce fluide, y perdent leur action; et ces miasmes, qui semblent porter avec eux une mort certaine, deviennent bientôt, par leur décomposition et leur mélange avec l'air libre de l'atmosphère, l'aliment le plus immédiat et le plus nécessaire de la vie.

Mais, si l'air a la faculté de détruire ou de neutraliser tous ces amas d'infection, qui se produisent sans cesse dans les nombreux et inépuisables foyers qu'entretiennent les trois règnes de la nature, n'est-il pas ridicule de supposer, comme on l'a fait, que le corps putréfié d'une baleine, les émanations sorties de quelques caisses de café pourri, ou de quelques barils de salaisons corrompues, celles qui peuvent s'élever d'un champ de bataille dans le court intervalle qu'on y laisse les cadavres, quelques exhalaisons survenues après le débordement d'une rivière; enfin, un peu de négligence dans le nettoyage des rues ou des maisons, et autres causes légères et aussi frivoles que le peuple adopte avec autant d'avidité que d'aveuglement; n'est-il pas ridicule, dis-je, de supposer que de pareilles causes puissent corrompre l'atmosphère d'une vaste contrée, qu'elles puissent lui imprimer un caractère pestilentiel; enfin, qu'elles soient capables d'étendre leurs effets délétères à des milliers de lieues, et même quelquefois dans la plus grande partie de la circonférence du globe!

N'avons-nous pas particulièrement un juste sujet de déplorer cette facilité qu'a l'espèce humaine de se laisser aveugler, quand on pense qu'une génération entière ne fit pas difficulté d'attribuer la peste qui envahit, sous Marc-Aurèle la presque totalité du globe habité, de l'attribuer, dis-je, à une misérable portion d'air méphitique qui se trouva renfermé à Séleucie, dans une cassette d'or, ainsi que nous l'avons raconté plus haut? ne doit-on pas gémir sur cette triste condition de l'esprit humain, lorsqu'on réfléchit que cette génération avait succédé aux siècles des Aristote, des Hippocrate, des Périclès?

On conçoit sans doute facilement qu'une populace ignorante, lorsqu'elle se trouve dans des situations extraordinaires, se laisse égarer par des opinions absurdes: mais il y a lieu de s'étonner que des écrivains tels que Julius Capitolinus et Ammianus Marcellinus, dont les ouvrages étaient destinés à instruire la postérité, aient adopté une semblable erreur, et qu'ils l'aient consignée dans leurs écrits. L'histoire qu'on a faite sur l'ouverture de la cassette qui se trouvait dans le temple d'Apollon est aussi fabuleuse que la boîte de Pandore.

Nous citerons, du reste, relativement au sujet que nous traitons, une autorité bien respectable, c'est celle de Lobb, célèbre Anglais. Cet illustre écrivain, très versé dans l'étude des maladies pestilentielles, dit expressément qu'il ne faut rien redouter des exhalaisons les plus pernicieuses, même de celles d'un pestiféré, lorsqu'elles ont la liberté de se répandre, parce qu'elles sont bientôt dénaturées, et si bien dissoutes, qu'elles perdent en peu de temps toute leur virulence. Il compare, sous ce rapport, les effets de l'air avec ceux que produit l'eau sur les poisons les plus violens. On sait qu'étant délayés dans une grande quantité de ce liquide, ils finissent par y perdre leur activité. Ce praticien ne croit pas même qu'il faille une grande quantité d'air atmosphérique pour décomposer les miasmes les plus infects et les plus abondans; car, en parlant d'un établissement d'hôpitaux pour les besoins d'une ville ravagée par la peste, il dit qu'il n'est pas nécessaire de les placer à une grande distance; que trois ou quatre milles, c'est-à-dire une lieue à une lieue un tiers, sont très suffisans, et même qu'une moindre distance ne mettrait nullement en danger la santé publique, tandis qu'elle serait plus convenable, soit pour le transport, soit pour le service des malades.

Le germe du virus pestilentiel est tellement indépendant des émanations qu'on qualifie ordinairement du nom de *putrides*, qu'on a vu souvent les endroits où ces émanations étaient les plus actives et les plus abondantes être exempts de la maladie, tandis qu'elle exerce les plus affreux ravages dans les lieux où l'air paraissait être le plus pur; j'ai déjà fait cette remarque dans le premier mémoire que j'ai publié sur les causes secrètes des épidémies. Des faits sans nombre peuvent appuyer cette vérité. J'aime surtout à citer ceux qui ont été recueillis il y a beaucoup d'années, par feu le docteur Cassan, quoique ces faits ne soient relatifs qu'à la fièvre jaune. Comme ils se sont passés sous les yeux de la génération actuelle, on ne saurait révoquer en doute leur authenticité. On a généralement observé aux États-Unis, que les personnes que leur profession exposait le plus aux émanations réputées malfaisantes, étaient celles qui fournissaient le moins de victimes à cette maladie; ainsi, on y voit d'une manière presque générale les tanneurs, les bouchers, les vidangeurs, être épargnés par ce fléau, tandis que d'autres personnes, qui mettent une attention scrupuleuse à écarter tout ce qui pourrait donner lieu à de semblables exhalaisons en éprouvent les plus terribles effets.

M. Cassan, en 1798, eut occasion de remarquer ce phénomène à New-Yorck d'une manière frappante. La fièvre jaune éclata avec le caractère le plus désastreux dans la partie nord-est de cette ville, à très peu de distance du quartier occupé par les corroyeurs et les tanneurs; mais au lieu de gagner les ateliers et les demeures de ces artisans, quoiqu'elle fût pour ainsi dire à leur porte, on la vit avec étonnement se propager du côté opposé, dans les quartiers les mieux habités de la ville.

Les hôpitaux parurent être eux-mêmes, dans les États-Unis, un asile certain contre les ravages de cette épidémie;

on voyait rarement la fièvre jaune y prendre naissance, et si quelquefois on l'y observait, c'était toujours sur des individus qui en avaient apporté le germe lorsqu'ils y étaient entrés. Feu M. Cassan cite à ce sujet un fait très remarquable : pendant le règne de la fièvre jaune à New-Yorck (1798), on établit à l'extrémité septentrionale de cette ville, sur une petite montagne appelée *Bellevue*, un hôpital de trois cents lits pour les pauvres pestiférés. Seize infirmiers, sept blanchisseuses, outre les officiers de santé et les personnes nécessaires pour le transport des malades et l'enterrement des morts, furent employés au service de cet hôpital et y avaient leur résidence. On les vit cependant, malgré l'infection qui devait régner autour d'eux dans un espace aussi étroit, on vit, dit-il, tous ces employés conserver leur santé ordinaire, quoiqu'ils fussent placés sur un théâtre de destruction et de mort.

Faut-il d'autres autorités ? Malouin affirme très bien que dans la célèbre peste de Lyon, qui, en 1626, fit périr tant de monde, les maisons les plus sales, les places les plus encombrées, les rues les plus étroites, et les appartemens regardés comme les plus malsains, étaient les endroits où l'on se trouvait le plus en sûreté, et que la maladie exerça principalement ses ravages dans les lieux les plus élevés et dans les situations réputées pour être les plus salubres. On vit même ce fléau, dit Malouin, épargner les tanneurs, les corroyeurs, et ceux qui par état étaient obligés de nettoyer les aqueducs et les égouts. Lancisi avait déjà fait une remarque analogue au sujet des fossoyeurs qui respirent continuellement l'air des cimetières. On a vu souvent les personnes renfermées dans des prisons échapper aux ravages d'une épidémie. Nous lisons, dans le premier volume des *Lettres édifiantes*, que, pendant la peste de 1707, qui priva Constantinople d'un tiers de sa population, les missionnaires remarquèrent avec surprise que, malgré le nombre immense d'esclaves chétiens qui se trouvaient entassés dans les bagnes, il y périssait moins de monde que dans la ville et au grand air.

Van-Swieten, recherchant les causes des épidémies, fait au sujet de l'Espagne une remarque qui n'est pas moins décisive touchant la non-influence des exhalaisons putrides sur l'origine du virus pestilentiel. Il n'est pas de pays sur la terre où l'on prenne moins de précautions contre les effets de ces sortes de miasmes. Telle est sur ce point l'insouciance des Espagnols, qu'à chaque pas, soit dans les rues, soit dans les places publiques, on rencontre des amas de toutes sortes d'ordures dont les émanations répandues dans l'atmosphère, deviennent insupportables pour les étrangers qui n'y sont pas accoutumés. L'illustre médecin que je viens de citer pense avec raison que si de pareilles circonstances pouvaient faire naître la peste, elle devrait être continuelle, ou du moins très fréquente dans un pays où la chaleur du climat et l'apathie des habitans favorisent excessivement l'activité de cette cause. Cependant, l'observation est loin de confirmer une conclusion semblable ; car on n'ignore pas, ajoute cet évrivain, que cette contrée a été constamment celle de toute l'Europe qui a le moins éprouvé les ravages d'un pareil fléau.

On a souvent parlé de l'influence des guerres sur la production des phénomènes pestilentiels. Mais, si la fréquence de leur développement pouvait être rapportée à de tels événemens, jamais ils n'eussent été plus communs que dans les années qui ont rendu si célèbre le règne de Napoléon. Or, combien de pays s'en sont trouvés préservés malgré les nombreux champs de bataille qu'ils ont fournis, malgré l'immense quantité de cadavres dont les terres ont été couvertes, malgré le grand nombre d'hôpitaux qu'on a été forcé d'établir ; enfin, malgré les privations, les fatigues de toute espèce qui ont dû être nécessairement le résultat des guerres les plus actives et les plus destructrices qu'ait jamais soutenues l'espèce humaine.

Ce qui s'est observé de nos jours fut jadis remarqué par Diemerbroek, et cet auteur était trop judicieux pour ne pas le noter d'une manière particulière dans ses écrits. Il dit que dans les cruelles guerres qui eurent lieu de son temps, en Allemagne, entre les Impériaux et les Suédois, les champs de bataille restèrent souvent couverts de morts, sans qu'il se déclarât dans les environs aucune maladie pestilentielle. Il cite en particulier une bataille qui se donna, en 1642, dans le duché de Jullers, à la suite de laquelle il resta huit mille cadavres sur le champ du combat, qu'on laissa putréfier librement à la surface de la terre, de manière que, pendant longtemps, ils répandirent au loin une puanteur insupportable. Cependant, il ne se manifesta dans cette contrée aucune affection du genre de celles dont nous parlons. Diemerbroek conclut de ce fait, que c'est bien à tort qu'on regarderait les exhalaisons putrides comme contenant le germe du virus pestilentiel.

Ce sont sans doute des observations pareilles qui forcèrent Mead à convenir, malgré son système favori pour les causes locales et visibles, que la peste, pour acquérir son caractère ordinaire de malignité, avait besoin d'une altération particulière de l'atmosphère qu'on ne saurait ni bien connaître ni bien définir. Il appuie cette opinion de celle des plus célèbres médecins arabes, qui avaient pareillement observé que les exhalaisons putrides, même dans les climats chauds, ne donnaient jamais naissance à la peste, si leur action n'était secondée par un vice particulier des élémens.

Nous venons de voir que les exhalaisons les plus malfaisantes ne sauraient seules, même dans les circonstances les plus favorables à leur développement, donner naissance à une épidémie pestilentielle ; on aura la preuve encore plus complète de cette assertion, si on prouve que l'éloignement de toute espèce de corruption n'empêche pas ce fléau de naître et de propager ses ravages, et qu'il éclate fréquemment, malgré les soins et les précautions de la police la plus surveillante. En effet, dans les pestes de Lyon et de Marseille, ce fut en vain qu'on prit les mesures les plus sévères, qu'on s'empressa de purifier les maisons, de nettoyer les linges pour maintenir la plus grande propreté, la maladie ne laissa pas de se manifester indistinctement, et de suivre partout opiniâtrément son cours.

Schreiber nous apprend aussi qu'il eut souvent occasion, lors de la célèbre peste de l'Ukraine, de visiter des malades sur les montagnes les plus élevées et les plus libres d'exhalaisons malfaisantes ; tandis que les habitans des plaines et des vallons intermédiaires, quoique respirant un air beaucoup moins pur, conservaient une santé inaltérable. La même remarque se trouve consignée dans le Traité d'Hildanus, sur

la peste qui ravagea la Suisse, et particulièrement Lausanne en 1613.

Enfin, Thuanus, dans l'excellent travail qu'il nous a laissé sur la peste qui désola l'Europe vers la fin du seizième siècle, et qui fut principalement funeste dans l'île de Candie, dont la capitale fut presque entièrement dépeuplée en 1592, Thuanus dit qu'aussitôt que la maladie fit son apparition, on mit partout le plus grand zèle pour séquester les malades, pour éloigner tout ce qui pouvait tendre à la corruption. Mais toutes les mesures qu'on put prendre à cet égard furent sans succès. Une chose digne de remarque, c'est que ce fléau s'éteignit de lui-même dans le temps des chaleurs, au mois de juillet, c'est-à-dire dans la saison où se développent le plus abondamment les émanations putrides, et où elles ont le plus d'activité.

On sait que les exhalaisons des marais peuvent fournir le germe d'une multitude de maladies; qu'elles influent particulièrement sur la production des fièvres pernicieuses; mais il est constant qu'elles ne déterminent jamais le développement du virus pestilentiel. Les peuples se sont en conséquence mépris sur la nature de ce fléau, en rapportant son origine à des causes purement locales. En effet, Rome, cette métropole de l'univers, était depuis longtems sujette à des retours fréquens de la peste. On crut, d'après les préjugés vulgaires, que les immenses marais qui l'avoisinent contenaient la cause première de ce fléau, et qu'en les détruisant on garantirait pour toujours la ville de ses ravages. Pénétré de cette opinion, le sénat en ordonna le desséchement vers l'an 543 de sa fondation, sous le consulat de Cornelius Cethegus qui fut chargé de la direction des travaux.

Jamais les arts, réunis à l'opulence, n'entreprirent et n'exécutèrent un ouvrage aussi mémorable. Les immenses marais, *paludes pomptinæ*, qui couvrent l'Italie méridionale depuis le Tibre jusqu'à Naples, furent bientôt desséchés. Plusieurs routes magnifiques et la fameuse voie Appienne furent consolidées à travers ces plages auparavant impraticables. L'Averne, ce lac bourbeux et infect, si souvent célébré par les poëtes, fut converti en une terre labourable. On vit enfin de riches moissons couvrir ces vastes contrées, qui auparavant n'étaient que des amas de fange. Des égouts, des aqueducs dignes de l'admiration de tous les siècles, furent creusés pour assurer la propreté et favoriser l'écoulement des eaux, tant de la cité de Rome que de ses environs. On créa même des officiers particuliers, sous le nom de *curatores cloacarum urbis*, dont l'unique soin était de veiller à l'entretien de ces conduits. Tite-Live nous a donné un aperçu des travaux qui furent exécutés à ce sujet.

Cependant, quel fut, sous le rapport du fléau pestilentiel, le résultat de tous ces efforts du génie humain? L'histoire nous apprend que c'est précisément après l'exécution de ces grands et immortels ouvrages que la peste de Rome éprouva les plus terribles épidémies. On peut citer, entre autres, celle de l'an 575 de sa fondation, qui fut également funeste aux animaux domestiques. Tite-Live assure même que des oiseaux de proie, alors si communs dans les campagnes, furent tous atteints par elle au point que l'espèce s'en perdit. Nous citerons encore celle de l'an 610 de la même ère, dont parle Orosius. Elle fut généralement si cruelle qu'on laissait les cadavres se putréfier dans les maisons et dans les rues, faute de gens bien portans pour les enterrer. Nous devons aussi rappeler celle de 665, qui se propagea avec tant de rapidité dans les armées romaines, durant les guerres civiles de Marius et de Sylla: celle qui se manifesta après le meurtre de César, durant laquelle on fut si souvent alarmé par les débordemens du Tibre, par des tremblemens de terre, et par les météores les plus effrayans.

Une peste non moins mémorable fut celle qui se déploya sous le cinquième consulat d'Octavien Auguste, et qui fut accompagnée, comme la précédente, d'affreuses inondations, et qu'on envisagea comme un présage de la grandeur future de cet empereur. Nous ne saurions passer sous silence la peste de l'an 66 de J.-C., qui se déclara sous le règne de Néron, et servit de prétexte pour persécuter les chrétiens qu'on accusait d'attirer, par leurs impiétés, la colère des dieux; celle surtout qui désola Rome sous les Antonins, et qui fut une des plus désastreuses qu'ait jamais éprouvées l'espèce humaine; enfin, la peste qui parut sous le règne de Commode, pendant laquelle on enterrait dans Rome jusqu'à cinq mille personnes par jour.

On voit, d'après ces faits, que malgré les efforts du plus grand des peuples, pour éloigner de Rome tout ce qui pouvait donner lieu à des émanations malfaisantes, divers fléaux pestilentiels ne laissèrent pas de dépeupler comme auparavant, à certaines époques, cette immense capitale. La matière est loin d'être épuisée; elle s'agrandit sans cesse par la réflexion. Nous nous proposons d'y revenir, et avant de porter nos conclusions sur les causes secrètes des épidémies, d'autres considérations appellent notre pensée: nous nous en occuperons dans quelques prochains numéros de ce journal.

CLINIQUE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON.

Trimestre de juillet 1832.

Service de M. Brachet.

(*Troisième et dernier article.*)

Parmi les maladies organiques qui se sont présentées, deux seulement méritent de fixer notre attention.

1° *Engorgement de l'épiploon.* — La première de ces observations est un engorgement de la grosseur des deux poings, situé dans la cavité abdominale, chez une femme âgée de 72 ans. Cet engorgement était dur, et si mobile qu'on le transportait facilement dans tous les points de l'abdomen, ce qui m'a fait penser qu'il s'était développé dans l'épaisseur du grand épiploon. La maladie durait depuis plus de deux ans. Son ancienneté et l'âge de la malade ne permettaient guère d'en espérer la résolution. Cependant elle s'est opérée en entier dans l'espace de trois mois. Je n'employai que des moyens thérapeutiques bien simples, des boissons délayantes, des cataplasmes émolliens, des grands bains, et un léger laxatif tous les dix-sept jours. Ce fait, en apparence insignifiant, nous prouve néanmoins qu'il ne faut

jamais désespérer des efforts de la nature, même chez les vieillards.

2° *Phthisie pulmonaire.* — La seconde observation que j'ai cru digne de quelque intérêt est un fait de phthisie tuberculeuse guérie par une métrite intense.

Marie Dupuis, âgée de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 août, au n° 200 de la salle n° 4, des femmes fiévreuses. Elle était accouchée depuis dix-sept mois, et elle n'avait pas eu de retour menstruel. Elle avait contracté une toux sèche pendant ses couches; mais elle n'avait commencé à souffrir de la poitrine que depuis un mois, époque à laquelle une hémoptysie avait eu lieu pendant huit jours, et avait été remplacée par une expectoration puriforme qui durait encore au moment de son entrée. Le côté gauche de la poitrine était sain. Du côté droit, tout paraissait naturel en avant et en haut; mais en arrière et sur les côtés il y avait de la matité, et la respiration ne s'y faisait pas entendre. La pectoriloquie était distincte au niveau de la partie moyenne du bord interne de l'omoplate. Il y avait une toux violente qui se renouvelait par quintes; les pieds et la partie inférieure des jambes commençaient à s'infiltrer. Je la mis à l'usage du bouillon d'escargots nitré, pour tisane, d'un loock avec addition de 2 gros de sirop diacode et 10 grains de nitrate de potasse, et du lait.

Le 19, le loock fatigue l'estomac. Il est remplacé par une potion mucilagineuse avec addition de demi-once de sirop scillitique.

Les symptômes restent les mêmes jusqu'au 23. Ce jour-là le bas-ventre devient douloureux, surtout dans l'hypogastre et du côté droit. Le pouls est accéléré, et les urines sont rouges. (Même tisane, potion huileuse; 6 sangsues à l'aine droite.)

Le 24, la douleur de l'abdomen est plus grande; une tumeur inflammatoire se prononce au-dessus du pubis, et s'étend à droite vers la fosse iliaque. Par le toucher, le corps de la matrice est reconnu plus volumineux, très douloureux et excessivement chaud. La toux est presque nulle. (Décoction de laitue et de chicorée blanche, potion mucilagineuse, baume tranquille, et cataplasmes émolliens sur le bas-ventre.)

Le 25, le volume de l'utérus a encore augmenté. La toux et l'expectoration ont presque disparu. (Mêmes médicamens, saignée de 10 onces.)

L'état aigu de l'inflammation est arrêté; mais l'utérus et l'ovaire conservent leur accroissement de volume.

Le 29, l'état de la poitrine continue à s'améliorer. L'infiltration des membres inférieurs continue ses progrès. (Tisane de graine de lin émulsionnée, potion mucilagineuse calmante, lavement avec le bouillon de tripes; lait; cataplasmes émolliens.)

Ces moyens sont continués jusqu'au 9 septembre, parce qu'il ne survient rien de particulier, et que l'engorgement inflammatoire de la matrice et des annexes diminue progressivement. Quoique bien diminuées, la toux et l'expectoration résistent toujours. (Tisane d'escargots et de dattes édulcorée et nitrée; même potion.)

Le 11, même état. Un verre d'eau ferrée, coupée avec du lait, est donné le matin à jeun. Les jambes œdématiées sont frictionnées avec le vin aromatique.

La maladie paraît stationnaire jusqu'au 20. La matrice éprouve une activité inflammatoire remarquable. Son volume augmente rapidement. La toux et l'expectoration disparaissent presque en entier. (Saignée de 12 onces; boissons émollientes; cataplasmes de lin sur le bas-ventre.)

L'amélioration fait des progrès rapide; les cavernes du poumon se cicatrisent complètement; la toux disparaît; la matrice revient à son volume, et la malade sort, le 27 septembre, avec tous les signes d'une guérison certaine.

Ce fait est précieux, parce qu'en nous montrant la terminaison heureuse d'une phthisie pulmonaire avec caverne, il nous prouve la possibilité de guérir quelquefois cette cruelle maladie, et qu'il vient soutenir nos espérances au milieu du découragement que produisent ses ravages incalculables. Il nous prouve surtout les ressources immenses de la nature; car la guérison a été son ouvrage : l'art y est resté tout-à-fait étranger; il n'a été que simple spectateur. C'est à la révulsion puissante, opérée par l'inflammation de l'utérus, qu'est dû un résultat aussi satisfaisant; la chose ne peut pas être douteuse. C'est pour imiter cette voie de guérison que nous mettons si souvent en usage les révulsifs les plus énergiques. Si nous en obtenons quelques avantages, je dois l'avouer, ils sont bien faibles et bien rares. Leur action ne peut pas être comparée aux révulsions opérées par la nature, parce que, lorsque celle-ci les emploie, elle détermine, sur l'organe qui en devient le siége ou l'agent, une fluxion pathologique qui combat efficacement la fluxion qui existait auparavant. Nos cautères, nos emplâtres stibiés, etc., produisent bien une révulsion; mais cette fluxion artificielle ne lutte jamais avec autant d'efficacité contre celle qui constitue la maladie, parce qu'il est rare que la nature s'associe à l'art pour seconder les directions fluxionnaires nouvelles qu'il veut imprimer à l'économie. Dès-lors elles sont impuissantes, parce que la fluxion pathologique reste la plus forte et persiste : *Vehementior obscurat alternam.* Cette observation peut être rapprochée de celle que j'ai citée précédemment, et dans laquelle une phthisie pulmonaire a été guérie par une variole.

Pléthore sanguine; diathèse inflammatoire; fièvre inflammatoire. — Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit dans le précédent trimestre de la pléthore sanguine, de la diathèse inflammatoire et de la fièvre inflammatoire. Ces trois états sont bien caractérisés et bien distincts les uns des autres. Ils sont trois maladies générales, dans lesquelles le sang joue le plus grand rôle, et présente des conditions pathologiques particulières à chacune. Dans la pléthore il y a plénitude et en quelque sorte surabondance, le plus souvent générale; elle se localise quelquefois en se fixant sur un organe, principalement sur les poumons. C'est à cet état de surabondance du sang que M. le professeur Andral a donné le nom d'hyperhémie. Il peut se prolonger infiniment, et des évacuations sanguines suffisantes en sont le moyen de traitement le plus efficace. Le sang tiré de la veine ne présente aucune qualité appréciable différente de ce qu'il est dans son état naturel. Il n'en est pas de même dans la fièvre inflammatoire : le sang est plus rouge, plus vermeil, il se coagule rapidement, et constamment il présente à sa surface une *couenne inflammatoire* plus ou moins épaisse. Il est fort douteux que les solides soient alors malades. La

rougeur phlegmatiques des vaisseaux n'est pas assez constante pour rien affirmer. On pourrait même conclure que ce sont deux maladies distinctes, dont l'une est l'angéioténie, et l'autre la fièvre inflammatoire. De nouveaux faits nous permettront peut-être un jour de préciser cette distinction. La fièvre inflammatoire est donc pour nous une maladie générale consistant spécialement dans une altération du sang. Très souvent elle n'est que le prélude d'une phlegmasie locale qui s'établit sur un organe quelconque. Elle a toujours cédé au traitement antiphlogistique le plus simple, évacuations sanguines proportionnées à l'état du malade, et boissons adoucissantes. Comme le plus souvent elle s'accompagne d'une céphalalgie intense, il est arrivé, une fois entre autres, que cette céphalalgie s'est prolongée pendant plusieurs jours, quoique la fièvre n'existât plus.

Dans les deux faits de diathèse inflammatoire que j'ai recueillis, les malades n'ont été guéris qu'après que l'inflammation a eu parcouru la plupart des organes. Lorsqu'elle disparaissait d'un côté, c'était pour reparaître de l'autre sans aucune cause nouvelle, et malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique méthodique.

Il y a eu un peu moins de pléthores et de fièvres inflammatoires dans ce trimestre que dans celui du printemps. La chose est assez naturelle : en été, les maladies inflammatoires franches sont toujours moins nombreuses.

Courbature. — Sept courbatures ont été traitées. C'est un nombre presque égal à celui du trimestre précédent. On ne s'en étonnera pas en songeant avec quelle facilité on prend chaud en été, et combien alors on commet d'imprudences en cherchant à se refroidir, ce qui est cause des suppressions de transpiration et toutes leurs conséquences. Du reste, ces affections n'ont rien présenté de particulier : le repos, la diète, et quelques boissons adoucissantes ont suffi pour ramener la santé en peu de jours.

Embarras gastrique. — Trois malades ont présenté l'embarras gastrique simple. Sans y tenir beaucoup, nous avons conservé cette expression un peu humorale, parce que celles qu'on a voulu lui substituer ne sont pas meilleures. Si nous faisons attention que c'est dans la saison de l'été, nous trouverons sans doute que le nombre n'en a pas été grand ; mais si nous nous rappelons que nous n'en n'avons point reçu pendant le trimestre précédent, nous conviendrons que c'est déjà quelque chose, et nous en attribuerons le développement à l'influence de la saison. Je ferai observer que plusieurs maladies, et surtout les rhumatismes, se sont compliqués d'embarras gastriques pendant ce trimestre.

Fièvres rémittente gastrique. — Nous rapporterons aussi à l'influence de la saison les deux fièvres rémittentes gastriques que nous avons observées. Elles se sont dissipées, ainsi que les embarras gastriques, par des boissons délayantes alternées avec des boissons acidulées et de légers évacuans. On ne se fait pas d'idée combien, dans ces maladies, la langue se dépouille rapidement par l'administration d'un émétique, et quelquefois d'un purgatif.

Fièvre intermittentes. — Ce trimestre nous a fourni cinq fièvres intermittentes. C'est beaucoup, sans doute, si l'on a égard à la saison. Ce nombre semblerait même contredire les réflexions que nous faisions dans le trimestre précédent en rendant compte de la cause de ces affections. Pour faire disparaître cette contradiction apparente, il nous suffira de dire qu'aucune de ces maladies n'a été contractée pendant l'été ; toutes les cinq existaient depuis au moins le commencement de juin. Ainsi, au lieu d'infirmer nos réflexions sur les effets des effluves des marais, elles viendraient au contraire les confirmer. En outre, je n'ai pas eu l'intention d'établir que les fièvres intermittentes étaient le résultat exclusif des émanations marécageuses : l'observation s'inscrirait tous les jours en faux contre mon assertion. J'ai seulement expliqué pourquoi les fièvres intermittentes étaient plus fréquentes au printemps et en automne ; mais dans cette explication ne sont point comprises les pyrexies intermittentes qui sont indépendantes de ces émanations. Quoique moins nombreuses, elles sont encore assez fréquentes, et nous en trouvons deux au nombre des cinq dont l'observation a été recueillie. L'une est une fièvre nerveuse tierce, dont les symptômes périodiques étaient une agitation nerveuse extrême, et la sensation d'une chaleur très grande sans qu'il y eût presque la moindre élévation de la température du corps. La maladie durait depuis trois mois ; un grand nombre de fébrifuges avaient échoué. Le laudanum liquide de Sydenham à hautes doses (40 gouttes en trois doses, quatre heures avant l'accès) en triomphèrent sur-le-champ. L'autre est une fièvre quarte qui durait depuis deux mois et demi, et qui était due à un engorgement de la rate. A l'aide du sulfate de quinine, les accès ont été arrêtés, et peu à peu nous avons obtenu la résolution de la rate engorgée.

Fièvre typhoïde. — Deux affections ou fièvres typhoïdes ont été traitées. Les grandes chaleurs paraissent en avoir favorisé le développement. Malgré l'attention la plus scrupuleuse, il m'a été impossible de trouver dans ces deux cas le point de départ, ou l'organe primitivement affecté et siége de la maladie. Mon ignorance est d'autant plus impardonnable que je n'avais pas été plus heureux à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1814, lorsque le typhus moissonnait un si grand nombre de mes estimables collègues et amis, et que, depuis cette époque, une pratique médicale continuelle dans les hôpitaux et dans les prisons n'a pas cessé de me fournir de nombreuses occasions d'observer la maladie. Je n'ai jamais vu qu'une affection générale dans laquelle l'économie tout entière était affectée, et lorsqu'un organe a paru plus spécialement malade, ou bien c'était une complication, ou bien c'était une concentration ou direction fluxionnaire plus grande sur lui ; mais jamais il ne constituait la maladie essentielle. D'ailleurs, tandis que, chez un malade, c'est le poumon qui est atteint ; chez un autre, c'est l'estomac, ou le cerveau ou tout autre. C'est une de ces maladies qui semblent faites tout à la fois pour s'accommoder à tous les systèmes, et pour les déjouer tous, parce qu'on y trouve un peu de tout et rien de déterminé. Les tissus et les liquides paraissent également malades : d'un côté, irrégularité des fonctions, prostration des forces, bouffissure, injection, etc. ; de l'autre, viciation du sang et de tous les produits sécrétés. Comme la maladie est générale, il est à présumer que si l'état pathologique est limité à son début, il doit plus spécialement attaquer un tissu générateur ou un fluide général. Ce sont l'appareil circulatoire et le système nerveux qui sont plus immédiatement atteints. Mais abandonnons ces considérations

générales pour ne nous occuper que des deux malades que nous avons observés.

Au début, ces deux malades ont présenté les symptômes d'une congestion sanguine générale, plutôt que de la fièvre inflammatoire. Plus tard, les accidens nerveux ou ataxiques et cérébraux se sont prononcés de plus en plus. La prostration des forces a été extrême dès le début. Sans chercher à développer ni à interpréter ces phénomènes, je ferai observer que nos deux malades sont entrées, l'une le 28, l'autre le 30 juillet, ce qui pourrait faire présumer que les chaleurs ont pu exercer quelque influence sur leurs productions. Après les évacuations sanguines générales, j'ai eu recours aux saignées locales, à l'aide de sangsues derrière les oreilles. Chez l'une, cette évacuation a été nécessitée trois fois, et toujours avec un succès remarquable pour calmer les congestions cérébrales. Pendant le premier septenaire, les malades ont été tenues aux boissons émollientes et tempérantes, en tisanes et en potions. Le calomélas leur a été associé vers la fin. Pendant le second septenaire, j'ai eu recours aux toniques antispasmodiques; mais ceux dont les effets avantageux n'ont pas pu être douteux sont le camphre par le haut, et les lavemens faits avec la décoction de quina et de valériane.

RAPPORT

Sur le tarentisme et le mémoire du doct. Salvatore de Renzi, concernant cette affection,

LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

Par MM. ANDRAL père et VIREY commissaires.

Chargés par l'Académie du l'examen du mémoire que M. le docteur de Renzi a lu devant elle, et ayant pour objet des observations sur l'affection si célèbre sous le nom de *tarentisme*, vos commissaires ont dû s'occuper de ce travail avec un soin d'autant plus scrupuleux qu'il s'agit de fixer, s'il est possible, l'opinion dans les sciences médicales, sur un sujet curieux et controversé jusqu'à ce jour.

L'auteur ayant voyagé dans la contrée de la Pouille, au royaume de Naples, où cette maladie se rencontre, dit-il, sous toutes ses formes, déclare que les observations authentiques dont il entretient l'Académie dissiperont tous les doutes. Il décrit, d'abord brièvement ce territoire situé vis-à-vis de la Grèce, peu élevé au-dessus du niveau de la mer, entre le golfe de Tarente et l'Adriatique, formé d'un sol calcaire aride. L'affection du tarentisme se manifeste principalement dans la région d'Otrante et des anciens Salentins. Il l'attribue uniquement à l'espèce d'araignée si connue sous le nom de tarentule dont il donne une description fort abrégée et imparfaite sans doute; car, selon l'auteur, cette araignée présente, outre ses quatres mâchoires, *une trompe bien caractérisée*, coexistence d'organes incompatibles (1).

D'après M. de Renzi, le venin de la tarentule aurait de l'analogie avec celui de la vipère (*coluber berus*), dont il ne semble différer, ajoute-t-il, que par la densité. La morsure ne produirait que les résultats apparens d'une piqûre d'abeille, par la phlogose, le gonflement et la douleur; mais il s'ensuivrait tous les effets généraux d'une profonde réaction sur l'appareil nerveux : l'angoisse, le tremblement, la fréquence du pouls, les vomissemens, la prostration des forces, l'état d'hébétude accompagnée de spasmes hypocondriaques très violens.

Le remède consiste, comme on l'a assuré tant de fois, dans une musique vive, et la danse appelée *tarentelle*, portée jusqu'au point d'exciter des sueurs abondantes, afin de ranimer l'énergie affaissée des systèmes nerveux et musculaire. M. de Renzi rapporte aussi que l'emploi de la thériaque et de l'ammoniaque n'a pas été inutile dans quelques cas graves, et que l'usage *superstitieux* de l'eau d'un puits du couvent de St-Pierre, à Galatine, présente de bons effets. Cette eau, dit l'auteur, émanant des égouts de la ville, est putride, ammoniacale, et suscite des vomissemens salutaires. M. de Renzi conseille encore des diaphorétiques, les antimoniaux, la scille, les fumigations aromatiques. Il s'élève contre les opinions qui attribuent aux seules influences du climat et de la chaleur le tarentisme; il apporte enfin, comme preuves du pouvoir vénéneux de la tarentule, deux observations.

La première est celle de *Concetta Scardia*, petite fille *âgée de trois mois* seulement, qui, par suite de la piqûre de la tarentule (l'auteur ne dit point s'il en est assuré lui-même), se trouva très oppressée tout-à-coup, et sur le point de suffoquer. Elle vomit et éprouve des convulsions. Les parens font jouer devant cet enfant un instrument de musique et remuent ses membres en cadence. Il s'établit une sueur copieuse; on couche cette petite fille qui s'endort bientôt, puis se réveille entièrement délivrée de son tarentisme, dit l'auteur.

La seconde observation est celle d'un moissonneur qui, dormant sur la terre, fut réveillé en se sentant piqué. C'était une tarentule d'une espèce dangereuse, que le docteur Demidri, voulant en faire l'expérience, approcha du pied de ce moissonneur. Celui-ci, sans connaître quel animal l'avait blessé, n'observe qu'une seule tumeur circulaire; mais il éprouve bientôt oppression, abattement général, délire. Alors on a recours au remède de la musique. Le moissonneur, invité à danser, danse, transpire abondamment, et sa guérison est immédiate. M. de Renzi ajoute qu'il a été le témoin oculaire de beaucoup de faits analogues dont il ne croit pas nécessaire d'entretenir plus longuement l'Académie.

Tel est en substance le mémoire de l'auteur. Nous examinerons non-seulement ce travail; mais, pour accomplir

---

(1) Chez les insectes, la trompe résulte de la transformation des organes maxillaires en des lames dont la réunion constitue le tube du suçoir, par exemple ceux de la trompe du papillon, d'après les belles observations de M. Savigny.

les intentions de l'Académie, nous devons lui soumettre les questions qui se rattachent à l'histoire du tarentisme considérée en lui-même.

Nous ne prétendons point affirmer, d'abord, qu'aucune des grandes espèces d'araignées soit absolument exempte de venin pour l'homme et les animaux. Quoique Swammerdam n'ait point aperçu d'ouverture d'où une liqueur pût s'écouler dans la plaie faite par leurs mandibules, cependant on a reconnu, depuis, que leurs serres frontales ou mâchoires supérieures présentent en dessous de leur crochet terminal, très pointu, une petite fente pour la sortie d'un venin renfermé dans une glande située sous leurs palpes. Elles immolent ainsi les insectes dont elles font leur proie; car, même, des mygales ou grosses araignées-crabes, tuent jusqu'à des oiseaux, tels que des pigeons; les théridion (la malmignatte), peut-être le clotho, les ériodons, les dolomèdes, en général les espèces qui chassent sans tendre des toiles, ont besoin de frapper leur victime d'un seul coup, comme font les lycoses ou araignées-loups de Latreille et Walckenaer; les vraies tarentules appartient à ce genre dont la marche est rapide (c'est la tribu des citigrades); leur habitation est souterraine ou dans des trous en boyaux tapissés de soie, comme le sac qui renferme leurs œufs (1).

Il s'en faut beaucoup que ces insectes cherchent à blesser l'homme; ils fuient au contraire sa présence. Cependant ils excitent toujours quelque frayeur. Ce n'est point, en effet, à cause qu'il se rencontre de ces araignées vers la ville de Tarente qu'elles portent le nom de tarentule, comme on l'a dit, car elles existent aussi en des pays très éloignés et très différens. On en voit sur les côtes de Barbarie, en Orient, en Perse et dans la Mauride, dans les déserts de la Russie méridionale, comme aussi vers Astracan, et jusqu'aux monts Altaï. La lycose tarentule ordinaire est répandue en Italie, et également en Espagne; elle s'y tient dans des terrains argileux surtout; on en rencontre diverses autres espèces, soit en Provence et dans tout le midi de la France, soit même autour de Paris (les *lycosa fabrilis*, *perita*, *saccata*, etc.) (2), sans qu'on ait éprouvé le moindre accident par elles; mais le nom de *tarantola* ou *terrentola*, pareillement attribué à un stellion étoilé de rouge, ou un lézard gecko fort laid, dérive de la petite terreur causée par leur subite apparition (de *terror*). De plus, la tarentule, comme ce stellion, est nocturne; ses huit petits yeux rouges sont luisans et voient clair dans l'obscurité, comme ceux des chats, selon l'observation de M. Léon Dufour. Grosse comme une aveline ou forte noisette, son abdomen cendré et velu est taché de macules noires en dessus, et teint sous le ventre d'un rouge de sang ou de fauve avec des bandes noires; mais ces couleurs varient selon les âges. C'est par ces marques sanglantes que d'autres espèces d'araignées inspirent encore beaucoup de frayeur, comme les treize gouttes de sang de la malmignatte de Corse.

Si nulle autre part sur le globe, parmi les terrains les plus secs, les contrées les plus ardentes, la morsure de la lycose ne suscite le tarentisme; si l'espèce de convulsion nommée à Tanger le *janon*, d'après Gervaise, si celle décrite par Oléarius, en Perse, ont lieu sans la piqûre d'aucun insecte, si enfin les médecins les plus éclairés, Français ou étrangers, qui ont visité le sud de l'Italie, regardent le tarentisme comme une maladie simulée, une fable populaire, leur témoignage peut inspirer quelque confiance, malgré le respect dû à des auteurs recommandables, tels que Baglivi et plusieurs autres. L'un de nous qui, a longtemps habité le royaume des Deux-Siciles, déclare que les hommes les plus instruits de ce pays considèrent le tarentisme comme une jonglerie.

Le tarentisme fut inconnu, en effet, à toute l'antiquité, puisque Aristote, Pline et tous les anciens, qui traitent de diverses araignées vénimeuses, comme les *phalangium* à longues pattes, ne font aucune mention de la cure au moyen de la musique et de la danse. D'ailleurs les modernes admettent que toute piqûre de la tarentule ne produit pas toujours le tarentisme.

On n'a commencé d'en raconter des histoires qu'au quinzième siècle. Accueillies par Cardan, Kircher et d'autres savans crédules, on affirmait gravement que la tarentule dansait elle-même au son des instrumens; qu'on voit cet insecte exécuter une sorte de ballet avec le *sphex* ou cette fausse guêpe, leur ennemie, qui cherche à la percer de son aiguillon; que jusqu'aux pattes arrachées aux tarentules exercent encore, dans leur irritabilité, des mouvemens cadencés. La piqûre du scorpion de la Pouille passait aussi, d'après quelques auteurs, pour exciter le tarentisme. Sans doute encore l'opinion que les araignées sont sensibles à la musique dérive de là.

Toutefois, l'origine la plus vraisemblable du tarentisme paraît émaner d'une antique coutume du paganisme, jadis fort répandue dans le midi de l'Italie. Si parmi nous le carnaval rattache ses usages populaires aux saturnales et aux bacchanales de l'antiquité, il y a toute apparence, également, que *il carnavaletto delle donne*, désignation du tarentisme d'après Baglivi, se rapporte aux anciennes danses des Saliens du même pays. Les tarentulés, en effet, dansent, sur un rhythme vif et très précipitée la *tarantelle*, dans ce affectée à ce prétendu mal; ils se parent de vêtemens de couleurs brillantes, de colliers ou d'autres ornemens, ils aiment à manier des épées d'un air animé et furibond. Tous ces faits sont encore une exacte réminiscence de l'exercice de ces prêtres de Mars, appelés à Rome par Numa. Mais ces Saliens et Saliennes (de *Salire*, sauter) couraient parmi les Sabins des Appenins et les Salentins, aujourd'hui la région d'Otrante, et à Tarente, où fleurissait jadis la philosophie de Pythagore, si adonnée au culte de l'harmonie.

Il y avait parmi les Saliens ceux appelés *Palloriens* ou *Pavoriens*, consacrés à la peur ou à la pâleur; les filles saliennes ne pouvaient, dit-on, aspirer au rang des vestales. Ces caractères manifestent l'analogie entre eux et les tarentulés. Ceux-ci, de l'un et l'autre sexe, d'après les meilleurs

(1) Ils sont au nombre de 6 à 800; mais, comme les autres araignées, les tarentules s'entre-dévorent.

(2) *Voyez* Chabrier, *Mém. Soc. acad. de Lille*, cahier IV, pag. 32, sur la *Lyc. melanogaster* du midi de la France, etc. Walckenaer, *Faune franç.*, II, Aranéid., p. 5 et suiv. Rossi, *Fauna etrusca*, t. II, p. 132. Latreille, *Nouv. Dict. d'Hist. nat.*, et M. Léon Dufour, *Mém.*, *annal. d'Hist. nat.*, etc.

observateurs, excitent et éprouvent des passions et un état spasmodique rapporté à l'hystérie et à l'hypochondrie. Ce n'est pas sans raison que les nosologistes rangent près de la nymphomanie le tarentisme spasmodique. Un plus grand nombre de femmes que d'hommes est atteint de cette manie dansante, surtout chez les villageoises dont on contrarie les inclinations, comme le dit aussi le docteur de Renzi, après Sérao, Riedesel et une foule d'observateurs. Ceux même qui admettent la réalité du tarentisme, avec Pigonati, Caputi, Ferdinandi, etc., citent des faits semblables d'érotomanie (1). C'est d'ailleurs par des danses analogues que s'expriment d'ordinaire les passions amoureuses exaltées sous les cieux ardens du midi. Non-seulement on peut citer le *Fandango* des Espagnols et la *Calenda* des nègres, danses lascives qu'on permettait jusque dans les couvens; mais les Corybantes, les Curètes, les Galles, ministres des divinités de volupté dans le culte mystérieux d'Atys et de Cybèle, la bonne déesse, exécutaient des danses sacrées avec une fureur, portée, dit-on, jusqu'à se mutiler les parties génitales.

Il est resté des souvenirs de ces danses, soit dans les anciennes farandoles du feu de la St-Jean, soit dans les chœurs de nos temples au moyen âge. Les évêques *præsules* donnaient le premier élan à ces exercices dont le roi David avait montré l'exemple.

Il est, comme on sait, dans le système nerveux des dispositions qui multiplient par l'imitation ces actes automatiques, comme dans la danse de St-Guy et l'*enteneasmus*. On a cité des exemples d'épidémies de ces affections spasmodiques, à certaines époques, sous l'influence religieuse, comme sous celle de l'Amour, dans les réunions des fêtes, principalement en été.

Nul doute que cette mobilité de l'appareil nerveux ne puisse être accrue par l'ardeur du climat, jointe à l'excitation des passions voluptueuses chez les jeunes personnes célibataires des deux sexes, puisque la musique déploie un si puissant empire sur les complexions vives, maigres et pâles des hystériques et hypocondriaques. Tout n'est pas simulé dans ces actes auxquels les entraînent des passions trop allumées. Mais la réalité du venin de la tarentule (quant à ses propriétés musicales et dansantes) n'est rien moins que démontrée. Ses défenseurs confessent eux-mêmes qu'il n'agit ni en d'autres lieux, ni en tout temps; il nous paraît donc une fable, un prétexte pour excuser, comme maladives et forcées, des actions répréhensibles, ou un moyen d'attirer l'attention publique.

De semblables motifs de doute s'attachent aux deux observations présentées par M. de Renzi. Celle relative à un enfant de trois mois nous paraît être simplement l'un de ces mille exemples des mouvemens convulsifs qui fatiguent le premier âge, et que terminent souvent, comme dans le cas cité, le vomissement ou d'autres réactions spontanées de l'organisme. La piqûre de la tarentule, sur le moissonneur endormi, nous semble avoir été si subitement guérie qu'elle laisse naître les plus grands soupçons sur la réalité de ses effets dans cette épreuve.

En conséquence, nous pensons que le mémoire doit être déposé aux archives de l'Académie.

G. ANDRAL *père*, J. J. VIREY, rapporteur.

(1) Tels qu'un *priapismo infernale*, etc. Voir *Opuscoli Scelti*, tom. II, p. 309. *Ibid*, p. 222 et suiv.

Hypertrophie des os du crâne, présumée consécutive à l'hydrocéphale;

Par M. ANDRAL, interne des hôpitaux.

Dans le mois de février 1832, il entra, à l'hôpital de la Pitié, un homme âgé de 65 ans, d'une petite stature, maigre et chétif. A la première vue, l'aspect de son crâne me frappa, et avant de songer à lui demander la cause qui l'amenait à l'hôpital, je passai à plusieurs reprises la main sur sa tête: en voyant ma préoccupation, le vieillard se mit à sourire, et il me reconta que dès sa plus tendre enfance il avait toujours eu la tête volumineuse; que sa mère lui faisait des coiffures exprès, qu'enfin, depuis qu'il se connaissait, le volume de sa tête avait toujours été considérable, et qu'il était obligé de commander ses chapeaux à l'avance: je le questionnai alors sur son état, sur sa manière de vivre; ses réponses furent toujours claires et nettes, son intelligence était ordinaire; du reste, cet homme, balayeur de son état, n'avait jamais été à même de l'exercer fortement; il ne savait ni lire ni écrire. Sa physionomie était expressive et très mobile; ses yeux vifs et recouverts par la saillie considérable des arcades sourcilières. Ses traits maigres et fins, à côté du volume de son crâne, lui donnaient un aspect fort singulier. Ses mouvemens jouissaient de la plus entière liberté. Il entrait à l'hôpital pour y être traité d'un asthme qui le tourmentait depuis longtemps. Du reste, il avait bon appétit, et ses fonctions s'accomplissaient avec régularité. Il demeura à l'hôpital pendant dix jours, et mourut tout à coup, au bout de ce temps, au milieu d'un violent accès d'asthme.

L'autopsie fut faite 24 heures après la mort: le cœur et les voies respiratoires nous donnèrent la raison de la mort de cet individu; je ne parlerai ici que de ce qui a trait à sa tête et à son système osseux en général.

Taille de quatre pieds dix pouces; membres grêles et très maigres; raideur cadavérique nulle. A l'ouverture du crâne, la dure-mère se sépara facilement des os; cette membrane n'avait éprouvé aucun changement, ni dans son aspect ni dans sa texture: l'arachnoïde et la pie-mère avaient conservé leur transparence ordinaire; à la première vue, le cerveau nous parut aplati, moins volumineux qu'à l'ordinaire; mais, retiré du creux profond où il se trouvait couché, nous nous aperçûmes bientôt que c'était par une illusion d'optique que nous avions mal apprécié son volume: ces circonvolutions, petites et nombreuses, n'offraient aucune trace d'aplatissement, rien qui pût même faire soupçonner qu'elles avaient éprouvé une compression quelconque. Le canal vertébral avait partout conservé son calibre; les vertèbres, ainsi que les autres os du squelette, n'avaient éprouvé aucun déran-

gement dans leur aspect physique ; les os du crâne seuls ont éprouvé un remarquable travail.

En examinant ce crâne avec attention, on est d'abord frappé de la proéminence considérable du front : l'angle que la portion supérieure du coronal forme avec la portion orbitaire est presque entièrement effacé : disposition qui, selon Camper, suffirait seule pour caractériser et faire reconnaître l'hydrocéphale. La portion écailleuse des temporaux est déjetée en dehors, et fait saillie au-dessus de l'apophyse zygomatique. Toutes les sutures qui se remarquent sur la voûte du crâne ont disparu.

Si nous examinons maintenant les os qui se trouvent à la base du crâne, en avant du trou occipital, ils nous présenteront très peu d'altérations, soit de forme, soit d'épaisseur. C'est ainsi que l'apophyse basilaire, le rocher, le corps du sphénoïde, l'ethmoïde, n'ont subi que quelques déformations peu importantes ; les os de la face ont à peu près conservé leur volume ordinaire. D'un autre côté, la cavité crânienne me paraît avoir les dimensions qu'elle présente chez le commun des hommes. La portion droite de la base du crâne paraît au premier abord plus étendue d'avant en arrière, mais la portion gauche a plus de largeur.

Une question se présente ici à examiner : ne pourrions-nous pas, en nous aidant de l'analogie, découvrir la cause qui a ainsi accumulé autour du cerveau une si grande quantité de phosphate calcaire ?

Le sujet de cette observation me paraît avoir été hydrocéphale dans le principe : la forme du crâne, cette forme qu'on pourrait appeler *hydrocéphalique*, s'il est permis de parler ainsi, le démontre. J'ai eu occasion d'examiner plusieurs crânes très épais ; mais, dans aucun d'eux, la forme extérieure n'était changée ; chez quelques-uns, l'épaississement n'était que partiel, et chez tous c'était la table interne qui s'était hypertrophiée, l'externe n'ayant subi aucun changement de forme ni de volume.

L'hypothèse, que le sujet a été hydrocéphale, admise, il nous reste à rechercher quel était le siége de la collection séreuse : l'épanchement ne pouvait se trouver dans la cavité de l'arachnoïde ; l'intégrité parfaite du cerveau et de ses ventricules le prouve ; il existait donc entre la dure-mère et la pie-mère : dans son accroissement primitif il aura, d'un côté, comprimé le cerveau et forcé les parois du crâne à s'étendre peu à peu. Malheureusement les renseignemens nous manquent pour établir les accidens que le sujet peut avoir éprouvés à cette époque de sa vie. La quantité de sérosité restant la même, les os du crâne ont achevé leur entier développement, en affectant la forme vicieuse qu'ils avaient d'abord contractée. Enfin, ce développement achevé, il est arrivé un moment où l'épanchement a commencé à être resorbé, et, en vertu de cette loi que toutes les fois qu'un vide tend à s'opérer dans l'économie, la nature s'empresse de le combler, si je puis ainsi parler, le cerveau, d'un côté, aura repris peu à peu sa forme et son volume ; mais, comme il ne pouvait à lui seul remplir la cavité considérable qui s'était formée, la table interne de la voûte du crâne s'est peu à peu chargée de phosphate calcaire, a lentement suivi les progrès de la résorption du liquide, et le dépôt de sel terreux s'est enfin arrêté lorsque sa continuation n'aurait plus amené que la compression d'un organe important.

Mais, me dira-t-on, vous n'avez trouvé aucune trace d'altération dans les membranes du cerveau, rien qui puisse faire soupçonner qu'elles ont contenu une quantité si considérable de liquide ? Non sans doute ; mais la pathologie ne nous présente-t-elle aucun fait qui puisse éclairer celui-ci ? Ne voit-on pas quelquefois une ascite guérir, disparaître, et ne laisser après elle aucune trace ? Lorsqu'on ouvre des individus morts avec des hydrocèles, trouve-t-on quelque altération dans la membrane séreuse qui contenait le liquide ? Il est bien entendu que je ne veux parler ici que des hydropisies essentielles, celles produites par la rupture de l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption, pour me servir des expressions de Bichat ; car il est bien clair que des hydropisies symptomatiques de l'altération organique d'une membrane séreuse laissent toujours après elles des traces de leur passage.

En dernière analyse, ce fait démontre, selon moi, un mode de guérison de l'hydrocéphale ; je le soumets à l'appréciation de la Société Anatomique.

CANCER *du rein droit. Présence de la matière cancéreuses dans la veine rénale, dans la veine-cave et dans le bassinet ;*

Par M. PELTIER.

Le nommé Nicolas-Charles Bonin, âgé de 49 ans, né à Villadet, département de l'Aube, entra le 13 mars 1832 à l'hôpital de la Pitié, et fut placé au n° 17 de la salle St-Raphaël, service de M. Clément.

Cet homme nous donna les détails suivans sur l'état antérieur de sa santé : il s'était toujours très bien porté jusqu'à l'époque du choléra ; il fut atteint de cette maladie, dont il guérit, mais la convalescence fut longue et pénible. Depuis même il resta valétudinaire. Au mois de septembre cet état empira, et bientôt il ressentit de violentes douleurs dans le rein droit, douleurs que son médecin rapporta à une néphrite. Celle-ci fut traitée convenablement et guérie.

A l'époque de son entrée, il était dans l'état suivant : facies altéré, figure pâle, œdème considérable des jambes, des cuisses et du scrotum ; ascite déjà assez développée, dyspnée extrême ; toux fréquente et sèche. Il avait souvent, en outre, des étourdissemens, des bourdonnemens dans les oreilles, et des bluettes. Il avait craché le sang au mois de décembre ; depuis, cette hémoptysie n'avait plus reparu. L'œdème, qui datait à peu près de la même époque, avait commencé par les extrémités inférieures et avait remonté insensiblement. L'auscultation fut pratiquée. Le rhythme des battemens du cœur n'était pas altéré, le bruit en était un peu augmenté, mais l'impulsion en était très considérable. La percussion rendait un son presque mat, dans une étendue de la grandeur de la paume de la main, au devant de la région précordiale.

La respiration s'entendait partout, elle était même bruyante. En arrière et en bas, il y avait seulement un peu de râle muqueux.

L'abdomen fut examiné à son tour. Il était très distendu ; par la percussion, il rendait un son tympanique ; les intestins paraissaient donc remplis de gaz. Sous la peau, on apercevait de nombreuses veines dilatées et variqueuses ; le tissu de la peau lui-même présentait, en certains endroits, une sorte d'injection capillaire ; du reste, il n'y avait aucune tumeur sensible ni en avant ni en arrière. On porta donc pour diagnostic: hypertrophie excentrique des ventricules du cœur.

Pariétaire nitrée, potion avec XV gouttes de teinture éthérée de digitale, frictions avec la teinture de scille.

Cette médication ne soulage nullement le malade. L'œdème continue à faire des progrès, la dyspnée augmente; on la modifie donc : aux prescriptions indiquées ci-dessus, M. Clément ajoute 2 pilules de Bontius par jour.

Le lendemain, le malade est pris de dévoiement ; peu considérable le premier jour, il augmente rapidement. D'ailleurs, l'œdème fait toujours des progrès; on cesse donc les pilules de Bontius, et on se contente de diurétiques. Le 29, on pratique à chaque jambe de petites piqûres à l'aide d'une lancette. A cette époque, l'œdème du scrotum est devenu tellement considérable, que la verge est entièrement cachée dans son intérieur. Le 31, on pratique de chaque côté trois nouvelles piqûres.

Le premier avril, un peu d'érysipèle se manifeste à l'entour. Le 2 il n'a pas augmenté. Le malade se plaint de ne pas uriner ; la vessie ne paraît cependant pas distendue, on s'en assure par la percussion.

Au point où il en était, le malade ne paraissait pas pouvoir prolonger longtemps son existence. Le soir le pouls était petit, presque imperceptible, le facies profondément altéré. Je l'auscultai, en avant seulement ; il n'y avait rien de changé ni dans le cœur ni dans les poumons ; l'abdomen présentait toujours la même tension. Une heure après il était mort.

Un symptôme que nous n'avions pas noté, mais que nous nous rappelâmes à l'autopsie, c'était de la douleur dans les reins. Nous y fîmes peu d'attention, préoccupés que nous étions par la maladie du cœur, et persuadés d'ailleurs que cette douleur était le résultat du décubitus dorsal dans lequel le malade était constamment.

L'*autopsie* fut faite 38 heures après la mort. La paroi antérieure de la poitrine et celle de l'abdomen furent renversées de haut en bas; le péricarde, ouvert, ne contenait guère que deux ou trois onces de sérosité roussâtre. Le cœur était d'un tiers plus volumineux que dans l'état naturel ; les parois du ventricule gauche avaient au moins quatre fois l'épaisseur de celle du ventricule droit, la cavité des deux ventricules était un peu augmentée, les valvules étaient saines, l'aorte également. Il y avait donc réellement hypertrophie excentrique du ventricule gauche, mais cette lésion était loin d'être assez grave pour pouvoir expliquer l'étendue de l'œdème.

Les poumons étaient très adhérens à la plèvre costale. mais surtout le poumon gauche à son sommet. Dans l'intérieur de chacun d'eux on trouva vingt-cinq ou trente noyaux de matière encéphaloïde contenus dans des kystes adhérens par leur face externe au tissu pulmonaire. Ces tumeurs étaient toutes à la périphérie du poumon, et uniformément disséminées dans toute sa hauteur. Le tissu pulmonaire qui les séparait était parfaitement sain.

Le tube digestif fut examiné d'un bout à l'autre. Il était sain ; à la fin de l'intestin grêle il présentait quelques plaques de Peyer un peu plus développées que dans l'état naturel ; en général il y avait un peu d'injection vineuse, mais nulle part de ramollissement ni d'ulcération de la muqueuse.

Dans l'épaisseur du mésentaire, c'est-à-dire entre les deux feuillets qui le forment, nous trouvâmes plusieurs ganglions lymphatiques évidemment squirrheux ; mais, sous le feuillet qui passe par-dessus la colonne vertébrale, nous reconnûmes une masse dure, considérable. Cette masse commençait aux piliers du diaphragme, dont le gauche se trouvait même aplati et déjeté en arrière. Elle se prolongeait ainsi jusqu'à l'angle sacro-vertébral. L'aorte était diminuée de capacité et un peu rouge à son intérieur. En disséquant cette masse, nous nous aperçûmes que la veine cave inférieure en limitait le bord droit ; nous disséquâmes celle-ci, et nous la séparâmes de la tumeur, qui fut enlevée de haut en bas. Cette dernière avait six pouces de longueur sur deux et demi de largeur. Elle était formée d'un tissu squirrheux assez résistant. La veine cave fut enlevée à son tour, et, à notre grande surprise, elle fut trouvée remplie de matière encéphaloïde. Cette matière, toutefois, s'arrêtait au niveau de la bifurcation des iliaques primitives en iliaques externe et interne. Au-dessous, les parois de la veine étaient un peu épaissies, la cavité était normale, mais il n'y avait plus de matière encéphaloïde. La veine crurale, que nous disséquâmes jusqu'au tiers moyen de la cuisse, était saine et ne contenait que quelques caillots de sang.

En examinant la veine cave au-dessus du point où nous l'avions coupée, nous aperçûmes que le rein droit avait acquis un volume considérable ; nous l'enlevâmes après avoir coupé les adhérences qu'il avait contractées avec le foie. Sa longueur pouvait être de cinq pouces, sa largeur de trois. Des bosselures nombreuses se remarquaient à sa superficie. Il fut incisé par son bord convexe ; il était impossible d'en reconnaître la structure ; son tissu était remplacé par un tissu encéphaloïde très mou, excepté à sa partie inférieure, où il existait encore, et où l'altération était moins avancée.

Les racines de la veine émulgente, les grosses branches et le tronc lui-même, étaient remplis de matière encéphaloïde. La veine-cave, au niveau de son embranchement, était extrêmement distendue par la même matière, qu'on retrouvait jusqu'au niveau du bord postérieur du foie; du reste, les parois de tous ces vaisseaux étaient parfaitement saines ; l'artère et ses divisions étaient vides ; le bassinet, au contraire, en était rempli ainsi que les calices, mais l'uretère n'en contenait pas. La vessie, qui était vide, n'en contenait pas non plus. La capsule surrénale, un peu hypertrophiée, était saine.

Le rein gauche était hypertrophié, mais sain ; le foie était énorme, mais également sain ; la rate était petite, le pancréas normal.

Le cerveau ne présenta rien de remarquable.

La science possède un assez bon nombre de faits analogues. Cependant ils ne sont pas assez nombreux pour ne pas mériter d'être relatés alors qu'ils se présentent.

M. Bouillaud a observé un cas entièrement semblable. Dans son observation, le rein droit, qui avait également

acquis un volume considérable, avait contracté des adhérences avec le foie. Il était le siége d'un cancer encéphaloïde ramolli, occupant la presque totalité de l'organe, excepté sa partie supérieure. Les veines émulgentes et la veine-cave étaient distendues par une matière, ayant, sinon tout-à-fait l'aspect de la matière encéphaloïde, du moins une grande analogie avec elle. Dans ce cas aussi, il n'y avait qu'un rein de malade, c'était le droit.

M. Andral cite un fait analogue; M. Velpeau en a aussi observé plusieurs.

M. Reynaud a observé un cas à peu près semblable dans le service de M. Fouquier. Seulement, c'était dans le foie que le cancer avait son siége, et les veines hépatiques se trouvaient remplies d'une matière analogue à celle qui se trouvait dans cet organe.

Dans tous les cas que nous venons d'indiquer, la matière encéphaloïde se trouve contenue dans les vaisseaux efférens; mais M. Andral dit, dans certains cas, en avoir trouvé dans les vaisseaux afférens, dans la veine-porte pour le foie, dans l'artère pulmonaire pour le poumon. Mais ce dernier cas est très douteux.

HÉMORRHAGIES *entre le Placenta et le Chorion, avortement à sept mois de la grossesse;*

Par MM. GRISOLLE et CASEAUX, internes à l'Hôtel-Dieu.

Rocques-Marie-Joseph Heree, âgée de 29 ans, portière, enceinte pour la cinquième fois, était arrivée au septième mois de la grossesse, et depuis quatre mois environ elle perdait chaque jour, par la vulve, une certaine quantité de sang. Ces hémorrhagies presque continues, plus abondantes vers le sixième mois de la gestation, ont tellement affaibli cette jeune femme, naturellement forte, quoiqu'un peu lymphatique, qu'elle en est devenue pâle, jaunâtre, comme chlorique. Elle a des palpitations incommodes, ne peut se livrer à l'exercice, et tombe fréquemment en syncope dans le courant de la journée.

Le 5 mai, à cinq heures du soir, les pertes utérines sont devenues plus abondantes; en même temps des douleurs sourdes, dont le siége semblait être dans l'utérus, indiquaient un avortement imminent. La sage-femme qui fut appelée crut reconnaître une implantation du placenta au col utérin. Effrayée de cette circonstance, elle conduisit la malade à l'Hôtel-Dieu, où nous reconnûmes que le col, mou et complètement effacé, était dilaté comme une pièce de cinq francs; les membranes, peu tendues, nous permirent de diagnostiquer une première position de la tête. Nous ne sentîmes aucun corps mollasse ni au col de l'utérus ni dans les parties voisines. D'ailleurs toute hémorrhagie avait cessé; le pouls de la femme conservait assez de force. Nous l'abandonnâmes à elle-même. Les douleurs, qui avaient presque entièrement cessé, ne tardèrent pas à se ranimer, et à quatre heures du matin elle accoucha d'un enfant de sept mois. En sortant, le fœtus entraîna avec lui le cordon et une masse membraneuse, que l'un de nous crut être formée par un de ces placentas membraneux dont les auteurs nous parlent. Immédiatement après, cinq ou six caillots, gros comme le poing, s'échappèrent de l'utérus. Le fœtus était mort, et la vie paraissait éteinte en lui depuis peu d'instans. Il était mort la veille ou pendant l'accouchement. Sa peau n'était pas circuse, les organes internes contenaient encore du sang; mais, malgré cela, nous croyons qu'il est mort d'hémorrhagie; M. Orfila (Médecine légale, t. 1er, p. 439) ayant prouvé, que lorsque le fœtus meurt d'hémorrhagie, il n'y a pas vacuité absolue des vaisseaux, décoloration des viscères et des muscles, comme on l'avait dit. Pendant la nuit suivante, après quelques contractions utérines, la femme rendit quelques caillots moins gros que les premiers, et, en outre, un placenta d'un volume ordinaire. Sa surface utérine était lisse, tout-à-fait à l'état normal. La surface fœtale, au contraire, était couverte de caillots qui avaient jusqu'à un demi-pouce d'épaisseur. Les vaisseaux placentaires étaient déchirés complètement à un demi-pouce ou un pouce de la surface. L'autre extrémité des vaisseaux divisés s'observait à la face placentaire des membranes. Leur cavité était béante, ou bien obstruée par des caillots fibrineux nouvellement formés. Les divisions principales étaient intactes, perméables au sang. La femme n'a éprouvé aucun accident; elle a voulu quitter l'hôpital 36 heures après l'accouchement.

Ce fait nous semble très curieux, nous n'en avons pu trouver aucun d'analogue dans nos meilleurs traités d'accouchement.

Tumeur squirrheuse du pylore; adhérences contractées avec le foie (lobe gauche); *gangrène de la tumeur, des adhérences et du foie;*

Par M. DENONVILLIERS.

A la fin du mois de décembre 1832, s'est présentée à la Charité la femme Saurier, marchande des quatre saisons, âgée de 57 ans; elle parait bien 70. Elle a eu treize enfans qu'elle a élevés avec beaucoup de peine; elle a souffert du froid, de la faim, surtout depuis le commencement de l'hiver. Il y a deux mois qu'elle sent son appétit diminuer, que ses repas sont suivis d'aigreurs, de rapports, de nausées et d'envies de vomir; depuis huit jours elle vomit presque tous ses alimens, et elle ressent dans la région épigastrique des douleurs et des élancemens.

Nous la trouvons sans fièvre; sa figure est souffrante et amaigrie, mais le reste du corps conserve de l'embonpoint; la peau, sèche et terreuse, a une teinte jaune paille, plutôt cancéreuse qu'ictérique. Le toucher nous fait reconnaître, sur le côté droit de l'apendice xyphoïde, une tumeur du volume d'un œuf de poule, un peu mobile, non douloureuse à la pression, donnant un son mat; le foie déborde d'un travers de doigt le rebord des côtes. La situation de la tumeur, sa mobilité, le trouble des fonctions digestives, et principalement les vomissemens, font penser que le pylore est le siége de la maladie; le genre des douleurs porte à croire que l'affection est cancéreuse.

Un traitement adoucissant, consistant en boissons émollientes coupées avec de l'eau de Seltz, potions calmantes, bains et diète, fait disparaître les vomissemens; mais les douleurs lancinantes persistent, et il s'y joint dans le courant du mois de janvier un sentiment de chaleur qui occupe la tumeur et ses environs. Celle-ci nous semble à la fois moins mobile et moins proéminente, soit qu'elle ait diminué de volume, soit qu'elle ait augmenté en largeur, soit qu'un déplacement ait eu lieu. Le choses restent à peu près dans dans le même état jusque vers le 20 février. Alors les douleurs prennent un caractère d'acuité, sont continues, pulsatives, et augmentent par la pression; mais elles demeurent bornées à la région qu'occupe la tumeur; de la fièvre survient; l'application de 15 sangsues et d'un emplâtre de thériaque ne modèrent pas les accidens. La malade s'affaiblit rapidement, les yeux se cavent, la figure s'alonge. Tout à coup, le 25 février, les douleurs disparaissent et la tumeur s'affaisse au point qu'il devient impossible de la trouver. Dans la journée, la faiblesse augmente; il survient des hoquets, de l'anxiété, plusieurs défaillances; l'haleine est fétide; le pouls très petit et très fréquent. Le 26, à ces symptômes se joignent des vomissemens de matières noires et puantes, et des évacuations alvines de même nature; vainement administre-t-on des potions toniques et du quinquina; les vomissemens continuent. Le 27, survient du râle trachéal, et la mort arrive le 28 dans la soirée.

Autopsie, 13 heures après la mort.

Les organes contenus dans les cavités crânienne et thorachique ne présentent rien de notable; seulement l'aorte contient entre ses membranes interne et moyenne quelques plaques osseuses.

A l'ouverture de l'abdomen, nous sommes frappés de l'abondance du tissu adipeux qui couvre le péritoine. Le grand épiploon est engagé dans une des lacunes ombilicales, avec les bords de laquelle il a contracté des adhérences. La cavité du péritoine ne contient pas de sérosité; cette membrane conserve sa couleur naturelle. Le foie déborde les côtes, et nous remarquons que le lobe gauche offre une couleur ardoisée. En cherchant à soulever le foie et à le porter en arrière pour découvrir le pylore, nous trouvons que la surface inférieure du lobe gauche est unie à la force antérieure de l'estomac. Un effort modéré suffit pour détacher l'un de l'autre les deux organes. Examinant alors les surfaces par lesquelles ils se touchaient, nous voyons qu'elles ont une forme arrondie et un diamètre d'environ trois pouces et demi. A leur circonférence existe un cercle blanchâtre formé par les débris d'adhérences couenneuses et récentes qui ont été rompues; dans le reste de son étendue, la surface qui appartient au foie se présente sous la forme d'une bouillie noirâtre, putrilagineuse, fétide, dans laquelle les doigts s'enfoncent avec facilité, et qui se réduit en lambeaux celluleux, mous et grisâtres. Cette altération s'étend profondément jusqu'à deux lignes de la surface du foie; elle se confond avec le tissu sain par une dégradation de couleurs du noir à l'ardoise, au gris, puis au rouge-brun; la surface qui appartient à l'estomac offre, en allant de la circonférence au centre, le cercle blanc dont il a été question; un nouveau cercle d'environ un pouce d'épaisseur, constitué par du tissu squirrheux en partie ramolli, en partie gangréné et réduit en putrilage noirâtre; et enfin une perforation d'un pouce et demi de diamètre existant à la face antérieure de l'estomac, un peu plus haut que son orifice pylorique. Lorsque les deux surfaces que nous venons de décrire étaient appliquées l'une à l'autre, la cavité de l'estomac ulcéré et perforé se trouvait fermée et complétée par la face antérieure du lobe gauche du foie; mais les seuls liens qui unissaient les deux organes étaient des adhérences couenneuses récentes, et la continuité de tissus altérés par la gangrène, devenus friables et putrilagineux.

Les parois de l'estomac commencent à s'épaissir à quelques pouces au-dessus de pylore, et acquièrent une épaisseur progressivement croissante jusqu'à un pouce et plus: leur tissu est blanc, dense, facile à écraser sous les doigts, ulcéré et érodé en plusieurs points où sa couleur devient noire, et où il est recouvert d'une couche brunâtre et fétide. La membrane muqueuse qui tapisse l'estomac est pâle et ramollie; celle du duodénum et de l'intestin grêle est généralement pâle, mais semée d'une multitude de petits points noirs que le lavage enlève, et qui paraissent résulter du passage des matières putrilagineuses détachées du foyer de la gangrène. La substance du foie, dans le lobe droit, est saine et d'une couleur rosée; la vésicule contient une multitude de calculs gros comme des têtes d'épingles, et de la bile claire d'une couleur jaune très éclatante. L'utérus renferme un polype triangulaire moulé sur la forme de la cavité même, se continuant avec l'organe par un pédicule très mince implanté sur l'angle gauche de la cavité utérine; le tissu de ce polype est d'un rouge pâle assez ferme, et contient une multitude de petites vésicules qui ressemblent assez exactement aux œufs de Naboth.

En analysant cette observation, voici ce que nous trouvons: la portion qui avoisine le pylore et le pylore lui-même transformés en tissu squirrheux, le tissu en partie ramolli en partie gangrené, le lobe gauche du foie converti en un putrilage noir, humide et fétide, et des adhérences unissant ces deux organes malades. Quelle relation établir entre ces lésions? Les altérations du foie et de l'estomac seraient-elles seulement simultanées ou bien sont-elles la conséquence l'une de l'autre, et dans ce cas laquelle s'est développée la première? Interrogeons les symptômes et suivons la marche de la maladie depuis le commencement jusqu'à la terminaison.

Or, l'analyse des symptômes convenablement interprétés, nous fait assister au développement des altérations anatomiques et suivre presque de l'œil la succession des phénomènes organiques. Nous voyons un épaississement squirrheux du pylore développer autour de lui une inflammation adhésive par suite de laquelle l'estomac et le foie sont étroitement unis; plus tard un mouvement inflammatoire aigu se manifester simultanément dans les deux organes, et la gangrène, qui en est la conséquence, perforer l'estomac, détruire à la fois le tissu squirrheux qui enveloppe le pylore, le lobe gauche du foie et les adhérences qui unissaient le tissu du foie au tissu accidentel et morbide du pylore. Enfin des adhérences nouvelles s'établissent autour du point qui est le siége du travail, le limitent, empêchent la chute des débris dans la cavité du péritoine et préviennent l'inflammation de cette membrane; de sorte que, si la malade avait pu résis-

ter à l'épuisement produit par une affection si profonde d'organes importans, on conçoit la possibilité d'une guérison. La gangrène se serait limitée, les débris aurait été portés au dehors, et le lobe gauche du foie auraient suppléé à la paroi antérieure de l'estomac (1).

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

(Septembre 1833.)

A l'imitation de la presse politique, la presse médicale s'efforce de dégager les provinces du joug de la capitale : ces efforts seront sans doute suivis de succès, et nous ne manquerons pas, pour notre compte, de les seconder quand l'occasion s'en présentera, en reproduisant quelques-unes des observations intéressantes publiées par les médecins de province. Pour commencer, aujourd'hui nous ferons un court extrait de deux numéros du Bulletin médical de Bordeaux, qui nous ont été adressés.

I. *Variole.*— La variole, la varicelle et la varioloïde règnent en ce moment à Bordeaux comme à Paris. *M. Gachet*, dans un article concis et substantiel, appelle de nouveau l'attention des médecins sur l'effet préservatif constant de la vaccine. Tous les médecins de la Société royale de Médecine et du conseil de salubrité de Bordeaux affirment que la variole n'a atteint aucun des sujets qu'ils avaient vaccinés, *et chez lesquels ils avaient constaté* le développement des pustules de la *vraie vaccine.*

Durant l'épidémie, la vaccine, par le léger trouble qu'elle apporte dans l'économie, a quelquefois paru l'occasion du développement de la varicelle et de la varioloïde. Ainsi, M. le docteur Lacoste ayant vacciné soixante-trois individus, en vit cinquante-sept atteints de la varioloïde. A Saint-Martial, M. Lanelongue vaccina les 13, 21 et 29 mai, 4 et 13 juin, soixante-dix individus sur lesquels cinquante-cinq furent pris de varioloïde. Depuis cette époque, l'épidémie ayant décliné (sans avoir cessé) le nombre des varioloïdes paraissant avec la vaccine est devenu beaucoup moindre.

II. *Effets du magnétisme minéral.* — M. le docteur *Bermond*, frappé des succès obtenus, au dire d'un journal, par le docteur Kelly, à Londres, de l'application de l'aimant chez les sujets atteints de névralgies, employa le même moyen dans les cas suivans :

1° Chez une dame atteinte de douleurs dentaires (avec carie d'une grosse molaire), que six frictions faites dans la direction du nerf dentaire avec un aimant dont les forces de tension et électro-motrices étaient très-développées (condition nécessaire), délivrèrent entièrement et subitement de ses douleurs ;

2° Chez une autre dame en proie à une névralgie susorbitaire que divers moyens actifs n'avaient pu soulager. Plusieurs passes faite sur le trajet des nerfs sus-orbitaires avec le *pôle nord* de l'aimant firent disparaître les douleurs. Des frictions faites ensuite avec le *pôle sud* les rappelèrent aussitôt; elles furent de nouveau dissipées et guérie enfin par des frictions avec le *pôle nord.*

3° Les mêmes effets furent obtenus chez un jeune homme atteint de névralgie sciatique

III. *Paralysie faciale guérie par la strychnine.* — M. le docteur *Lanelongue* (de Saint-Martial) rapporte avec détail l'observation d'une paralysie du côté gauche de la face, qu'il croit devoir attribuer à une inflammation rhumatismale fixée sur la portion dure de la septième paire ou nerf facial. Cette paralysie, combattue d'abord par les sangsues et les vésicatoires, céda à l'administration interne et *endermique* de la strychnine, à la dose d'un huitième de grain par jour (par chacune de ces voies). — L'auteur rappelle à cette occasion les succès obtenus à l'Hôtel-Dieu par M. Bally à l'aide du même mode de traitement. Il ne faut pas oublier toutefois que le *temps*, à lui tout seul, guérit assez bien cette espèce de paralysie chez quelques sujets. Un malade, que nous observons en ce moment à l'hôpital Saint-Louis, n'a éprouvé aucun bénéfice de la méthode vantée par M. Lanelongue, méthode qui est d'ailleurs on ne peut plus rationnelle.

IV. *Fracture de l'humérus sur un nouveau-né.* — M. *Dubroca*, chirurgien à Barsac, trouva l'humérus gauche fracturée sur un enfant né depuis deux heures. Cette fracture était évidemment la suite des manœuvres de la sage-femme, qui s'était empressée de dégager les épaules (aussitôt après la sortie de la tête), et qui, au moyen du pouce, avait, disait-elle, fait *basculer* le bras gauche. Un appareil convenable ayant été appliqué, la fracture parut consolidée *le huitième jour :* cependant M. Dubroca jugea prudent de n'ôter le bandage que le quinzième ; à cette époque le cal était si volumineux que l'humérus avait acquis trois fois son volume à l'endroit fracturé. Cette tuméfaction a complètement disparu depuis.

V. *Extirpation d'un squirrhe du rectum.* — Un habitant notable de Bordeaux portait depuis longtemps une tumeur squirrheuse à la paroi intérieure de l'intestin rectum. M. *Delpech* avait proposé l'opération comme la seule chance de salut, sans dissimuler toutefois la gravité et les dangers de cette opération : elle fut pratiquée avec l'habileté connue de ce chirurgien célèbre ; la compression et le tamponnement suffirent pour se rendre maître de l'écoulement du sang : mais une péritonite survient, et la mort arriva quatre jours après l'opération.

---

(1) Cette supposition de l'auteur s'est plusieurs fois réalisée sous les yeux de la Société, qui possède trois ou quatre exemple curieux de parois de l'estomac suppléés par le parenchyme, désordre compatible avec une existence prolongée, si l'on en juge par le travail de cicatrisation dont quelques-unes de ces larges et anciennes ulcérations paraissent être le siége.

TRANSACTIONS MÉDICALES;

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

LITTÉRATURE MÉDICALE;

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS DE PARIS,

ET RÉDIGÉ PAR M. FORGET, D. M.

OCTOBRE 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

HISTOIRE MÉDICALE DU CHOLÉRA-MORBUS DANS LE QUARTIER DE L'HÔTEL-DE-VILLE;

Par J.-J. DEVILLE, D. M. P.,

Membre de la Société de Médecine.

Le premier, en France, j'ai appelé l'attention des médecins sur le choléra-morbus épidémique, en publiant le 24 mai 1819 un travail intitulé : *Mémoire et Observations sur l'épidémie de choléra-morbus qui a régné au Bengale pendant l'été de* 1818.

Depuis ce moment jusqu'à ce jour, je me suis particulièrement livré à l'étude de cette maladie, soit en lisant les ouvrages qui ont paru en France ou à l'étranger sur cette matière, soit en correspondant avec des médecins que j'avais eu occasion de connaître pendant mon séjour à Calcutta; aussi n'est-ce point de ma part une prétention exagérée de croire que peu de personnes dans le monde médical avaient, à l'apparition de l'épidémie en 1832, autant de documens que moi sur ce terrible fléau.

Lorsqu'au mois de mars 1832 le choléra envahit brusquement la capitale, le neuvième arrondissement fut un de ceux où il se montra d'abord; secrétaire-rapporteur de la commission sanitaire du quartier de l'Hôtel-de-Ville, qui dirigea toutes les opérations du poste médical, je puis dire qu'indépendamment du grand nombre de cholériques que j'ai traités moi-même, plus de quinze cents malades ont en quelque sorte passé sous mes yeux; enfin, à quatorze ans d'intervalle, et à trois mille lieues de distance, j'ai observé le choléra sur deux grands théâtres, à Calcutta et à Paris, sur les bords du Gange et sur les rives de la Seine.

Me renfermant dans les limites qui me sont tracées par le titre de ce mémoire, je dirai quel était l'état du quartier de l'Hôtel-de-Ville avant l'invasion du choléra; je parlerai des conditions diverses dans lesquelles se trouvaient les individus qui l'habitent, ainsi que des prévisions des commissions sanitaires par rapport aux localités et à ces mêmes individus. L'apparition du choléra, sa marche, sa direction et son mode de propagation, seront traités dans autant de chapitres particuliers; enfin, j'indiquerai les traitemens divers, ainsi que les résultats obtenus par chaque médecin.

Passant ensuite au choléra asiatique, je l'étudierai à des époques différentes depuis 1817 jusqu'en 1830; je le comparerai à l'épidémie de Paris; j'exposerai également tous les traitemens qui dans l'Inde ont tour-à-tour été proposés, et, dans un résumé général, j'essaierai de tirer des conclusions de tous les faits ainsi groupés et opposés les uns aux autres.

Tel est le plan de ce travail : si on me demande quel en est le but, je répondrai que j'ai voulu prouver une vérité souvent contestée sans doute, mais qui n'en est pas moins jusqu'à présent une vérité : c'est que le monde médical ne sait encore rien de certain sur le choléra-morbus, sa nature, son mode de propagation et le traitement qui convient à cette maladie.

État du quartier de l'Hôtel-de-Ville avant l'invasion du choléra.

Le quartier de l'Hôtel-de-Ville est situé dans la circon-

scription du neuvième arrondissement. Considéré dans son ensemble, il a beaucoup moins d'étendue que la plupart des autres quartiers de la capitale. Sa figure est celle d'un carrée long dont deux grands côtés regardent le sud et le nord, et les deux petits l'est et l'ouest. Sa population est de 12728 individus; un tiers de cette population habite un seule rue : celle de la Mortellerie. Les maisons, au nombre de 405, y sont généralement très élevées, et les logemens, divisés à l'infini, prennent leur jour sur des cours exiguës, humides, où l'air et le soleil ne pénètrent presque jamais; des allées étroites, obscures, où les eaux pluviales et ménagères croupissent, des escaliers toujours sales, des corridors renfermant souvent des dépôts d'immondices, des chambres encombrées de lits pour loger les maçons, les latrines tenues avec la dernière malpropreté, voilà ce que l'on trouve à l'intérieur des habitations de ce quartier, dont les constructions, par leur ancienneté et leur état de dégradation, ne réunissent aucune des conditions prescrites par une bonne hygiène et une civilisation éclairée.

On compte 26 rues, la plupart peu spacieuses; par leur direction de l'est à l'ouest, elles ne reçoivent que rarement le soleil; aussi une grande partie de l'année le pavé est couvert de boue, et les ruisseaux sont infectés par les eaux qui y séjournent.

La Seine coule au sud du quartier de l'Hôtel-de-Ville, qui est élevé à son point culminant de 10 mètres au-dessus des eaux moyennes de cette rivière; mais dans les inondations tout le quai de la Grève est submergé, et plusieurs fois même l'eau est montée jusqu'au premier des maisons, qui toutes sont bâties sur un terrain d'alluvion.

Tel est l'aperçu topographique de cette partie du neuvième arrondissement et les causes générales d'insalubrité qu'on y trouve, tant sur la voie publique qu'à l'intérieur des habitations.

Conditions diverses des individus qui habitent le quartier de l'Hôtel-de-Ville.

La population qui habite le neuvième arrondissement appartient généralement aux classes pauvres de la société; on s'en fera aisément une idée lorsque je dirai qu'un quart de cette population reçoit ou demande à recevoir les secours du bureau de bienfaisance; le quartier de l'Hôtel-de-Ville compte à lui seul 950 ménages composés d'environ 2,500 individus inscrits sur les contrôles de ce bureau; cette profonde misère indique assez quelles doivent être les professions auxquelles se livrent les personnes qui ont leur demeure dans cette partie de la capitale : ce sont des maçons, des journaliers, des blanchisseuses, des revendeurs et des revendeuses dans les rues, des chiffonniers, des ouvrières, des cordonniers, des matelassiers, des serruriers, des tailleurs, etc., etc. Les maçons ou manœuvres forment à eux seuls au moins un huitième de la population; ils arrivent tous les ans au printemps des départemens de la Creuse ou de la Haute-Vienne, et habitent la rue de la Mortellerie, où on les entasse dans des chambres généralement étroites, peu aérées et sales; moitié à peu près retournent dans leur province vers le mois de novembre; les autres restent pour travailler pendant la saison froide.

Les professions libérales ne sont exercées que par un petit nombre d'individus; c'est, on le voit, la classe ouvrière qui peuple le quartier de l'Hôtel-de-Ville, cette classe pauvre qui se livre à des travaux pénibles, malsains, peu rétribués, et qui souvent par le manque d'ouvrage se trouve dans le dénuement le plus absolu.

Prévisions de la commission sanitaire par rapport aux individus et aux localités.

C'est aujourd'hui une question fort controversée que celle de savoir quelle est l'influence des localités sur l'homme dans les maladies épidémiques; néanmoins, le moment n'est peut-être pas éloigné où cette cause sera considérée comme tout-à-fait négative; il n'en est pas de même des individus sous les différens rapports de leur nourriture, de leurs habitudes, des professions qu'ils exercent, en un mot de leur genre de vie en général. Les conditions diverses dans lesquelles ils se trouvent placés sont de nature à être examinées avec la plus grande attention, et ce n'est qu'avec une extrême circonspection que l'on doit prononcer à cet égard.

Lorsque le choléra parut en Russie et en Pologne, le gouvernement conçut les plus vives inquiétudes pour la France; il pensa que s'il n'était pas donné à la science d'arrêter ce terrible fléau, il lui serait du moins peut-être possible d'en pallier la violence. Ce fut dans cette intention que furent créées les commissions sanitaires dans Paris; elles eurent pour mission d'éclairer le peuple par de salutaires conseils, de visiter les maisons, de signaler les causes d'insalubrité qu'elles pouvaient renfermer, d'en faire sentir le danger aux propriétaires et aux locataires, et de les engager à y remédier.

La commission sanitaire du quartier de l'Hôtel-de-Ville comprit toute l'importance des fonctions qui lui étaient confiées par l'autorité; elle devait plus que toute autre redouter l'apparition d'une maladie qui exerce particulièrement ses ravages sur les classes pauvres de la société; les médecins qui font partie de cette commission savaient par expérience que toutes les fois que les épidémies règnent dans la capitale, le quartier de l'Hôtel-de-Ville est toujours un des premiers envahis; ils connaissaient la profonde misère de ses habitans, leurs professions pénibles, leur saleté, souvent leur manque de vêtemens ou d'objets de literie, les alimens de mauvaise qualité dont ils se nourrissent, l'abus des boissons spiritueuses auxquelles un grand nombre se livre habituellement; toutes ces considérations étaient bien faites pour les alarmer sur le sort de leurs concitoyens et leur inspirer le désir d'employer envers cette population indigente, d'une part, tous les moyens de persuasion capables de la déterminer à plus de propreté et à une vie plus régulière, et, de l'autre, des ressources pour soulager tant et de si touchantes infortunes.

J'ai dit ailleurs les travaux de la commission sanitaire du quartier de l'Hôtel-de-Ville; j'ai dit la conduite qu'elle s'était tracée; elle ne partageait pas toutes les vues de l'administration sur la plupart des mesures préventives à prendre contre le choléra-morbus mais convaincue du grand avantage qu'il y a pour le peuple à ce que toutes les règles de

l'hygiène soient mises en pratique, elle s'efforça constamment, soit par ses conseils, soit par les indications qu'elle fournit à l'autorité de veiller à l'observation la plus sévère de tout ce qui concerne la salubrité publique.

Invasion du choléra dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville.

Depuis plusieurs mois le choléra régnait en Angleterre, lorsqu'il parut tout-à-coup à Paris vers les derniers jours de mars 1832; ce fut le 26 de ce mois qu'il se manifesta dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, d'abord chez un petit nombre d'individus, bientôt après sur une grande partie de la population; je fus appelé pour donner des soins au premier malade le 27 à deux heures après midi, et quoiqu'il n'y eût pas une parfaite analogie entre ce que j'avais vu au Bengale et ce qui se présentait à moi après quatorze années d'intervalle, je reconnus facilement que j'avais affaire à un cas de choléra-morbus; je me rendis sur-le-champ à la mairie de mon arrondissement pour prévenir le maire de ce dont je venais d'être témoin; ne l'ayant pas trouvé, je lui écrivis, et dans la soirée; ma lettre fut envoyée à l'autorité supérieure; le même jour, à l'Académie de Médecine, on apprenait qu'un cuisinier attaché à M. de Lobau venait de mourir avec des symptômes de choléra.

Le début de l'épidémie mérite bien que je m'y arrête un moment, et quoique mon intention ne soit pas de faire un traité du choléra-morbus, mais bien un objet d'études médicales, je crois devoir donner ici l'observation du premier individu qui fut atteint par l'épidémie, ainsi que le résultat de l'autopsie cadavérique.

Le 24 mars 1832 le nommé Leschneault, âgé de 39 ans, marchand des quatre saisons, demeurant rue de la Mortellerie, n° 87, éprouve tout-à-coup un malaise général qui cependant ne l'empêche pas de faire son commerce; pendant la nuit déjections alvines liquides et jaunes, froid aux extrémités, nausées : le 25 il sort une partie de la journée, va à une des barrières et mange d'un ragoût de viande; rentré chez lui il ressent de la courbature et une douleur assez vive vers la région épigastrique : dévoiement pendant la nuit. Le 26 le malaise continue; le malade est très-altéré; la nuit est pourtant assez calme. Le 27, dès le matin, Leschneault éprouve des envies fréquentes de vomir, et dans l'espace de quelques heures il a dix à douze garde-robes et cinq vomissemens. Je suis appelé à deux heures pour lui donner des soins et je le trouve dans l'état suivant : les bras et les jambes sont froids, la langue et les lèvres sont également froides; le malade éprouve des crampes très violentes dans les pieds, dans les mollets et dans les muscles des cuisses; les pieds sont marbrés et de couleur légèrement violette; l'épigastre est douloureux, les matières des vomissemens n'ont pas été gardées, mais celles des garde-robes l'ont été : elles sont séreuses, blanchâtres, et au fond du vase se trouvent des flocons d'un blanc sale ressemblant à du riz crevé; depuis le matin les urines sont nulles; le faciès du malade exprime l'anxiété la plus grande, et sa voix a ce son particulier que l'on a généralement remarqué chez les individus attaqués du choléra. Bien convaincu de la nature de la maladie, je fais aussitôt pratiquer des frictions sèches sur toute la surface du corps; un large cataplasme est appliqué sur le bas-ventre; je prescris de l'eau de riz et une potion composée d'une demi-once de sirop diacode et de deux onces d'eau de menthe poivrée, avec autant d'eau distillée de tilleul.

En sortant de chez Leschneault je rencontre MM. Guersent et Parent-Duchâtelet, auxquels je fais part de ce que je viens d'observer; ces messieurs veulent examiner le malade avec moi et sont d'avis qu'il est attaqué de choléra : en ce moment son pouls était si petit qu'on ne pouvait en compter les pulsations. Le traitement que j'avais prescrit est entièrement approuvé.

A six heures du soir je revis Leschneault avec MM. les docteurs de Lens et Sandras; ce dernier est frappé du faciès du malade et surtout de sa voix. Cependant une légère amélioration s'est manifestée depuis qu'il est sous l'influence du traitement; les vomissemens se sont arrêtés, les garde-robes ont été moins nombreuses, mais elles ressemblent toujours à de l'eau de riz; le corps est moins froid, le pouls s'est sensiblement relevé; je continue le même traitement; à neuf heures du soir on vient me prévenir que Leschneault éprouve une violente douleur au côté droit; je m'y rends aussitôt avec MM. de Lens, Parent-Duchâtelet et Sandras : les crampes dans les mollets et dans les cuisses sont très rapprochées; l'anxiété est extrême, la respiration s'opère difficilement, elle est tout-à-fait gutturale, peu profonde; cependant la percussion n'indique rien de particulier, et les poumons examinés au sthétoscope ne présentent aucun phénomène remarquable : l'haleine est froide et les gencives légèrement fuligineuses. Le malade a eu cinq garde-robes dans l'espace de trois heures. Prescription : sinapismes aux jambes et aux cuisses. Tous les symptômes augmentent pendant la nuit, et à six heures du matin, Leschneault, qui avait conservé la force de se lever pour aller plusieurs fois à la garde-robe, perd tout-à-fait connaissance. A sept heures moins un quart je me rends auprès de lui avec MM. Parent-Duchâtelet et Sandras, et nous le trouvons dans un état de coma très prononcé; tout le corps est froid, les matières rendues pendant la nuit sont légèrement jaunes. Nous prescrivons un large sinapisme sur l'abdomen, mais une heure après le malade avait cessé de vivre.

L'ouverture du cadavre fut remise au lendemain 29 mars. La veille j'avais appris que deux personnes étaient mortes dans le neuvième arrondissement avec tous les symptômes du choléra : une femme de 35 ans, demeurant rue des Jardins-Saint-Paul, n° 35, et une jeune fille de 10 ans, rue du Haut-Moulin, n° 1, dans la Cité. J'assistai avec plusieurs médecins à l'autopsie de ces deux femmes, chez lesquelles on trouva tous les désordres observés ordinairement sur les individus qui périssent du choléra.

Personne ne met en doute le dévouement des médecins pendant l'épidémie qui a désolé la capitale; dans d'autres classes de la société il s'est aussi trouvé des hommes de courage qui ont secouru les malheureux atteints du fléau, avec un zèle digne des plus grands éloges; toutefois, au moment de l'invasion du choléra-morbus, il régna une sorte de crainte générale, qui se dissipa, il est vrai, à mesure que le danger grandissait. Ce fut alors qu'on vit tout ce que l'humanité peut inspirer de sentimens élevés aux cœurs nobles et compatissans; le désir de soulager tant et de si cruelles

souffrances fit faire des prodiges à quelques hommes.

Les soins à donner aux cholériques, les ouvertures de cadavres devinrent en peu de temps chose commune ; mais aux premiers jours de l'épidémie, alors que la mortalité qui régnait dans Paris, et les nombreux cercueils que l'on rencontrait à chaque instant, répandaient la terreur dans tous les esprits, ces sortes d'opérations avaient, indépendamment de l'attrait de la curiosité, un caractère tout-à-fait solennel.

L'importance que beaucoup de médecins attachaient, au début du choléra, à voir par eux-mêmes les lésions cadavériques produites par cette maladie, fut cause de l'empressement que l'on mit à assister à l'autopsie de Leschneault. Dès sept heures du matin, MM. les docteurs de Lens, Parent-Duchâtelet, Alphonse Sanson, Sandras, Alexandre Thierry, Bouillard, plusieurs médecins étrangers et élèves en médecine, MM. Baratin et Lange, membres de la commission sanitaire du quartier de l'Hôtel-de-Ville, étaient réunis dans d'étroite salle basse où devait se faire l'examen du cadavre. Certes pour les personnes étrangères aux devoirs souvent pénibles du médecin, il y avait quelque courage à être témoin d'un spectacle que l'habitude seule ne rend pas repoussant, et surtout à servir d'aides à l'opérateur. Hélas ! quelques jours encore, et quatre des assistans devaient aussi être victimes de l'épidémie.

Voici les altérations qui furent trouvées chez Leschneault.

La figure conservait l'aspect cholérique ; les yeux étaient restés enfoncés dans leur orbite et la peau des paupières présentait encore cette couleur brun livide qui s'était manifestée dès le troisième jour de la maladie ; le corps était généralement raide et couvert de taches violettes, surtout aux extrémités inférieures, aux avans-bras et dans toute la région lombaire.

Le cerveau et le cervelet ne présentait rien de bien remarquable à l'extérieur, et les ventricules ne contenaient qu'une quantité extrêmement petite de sérosité limpide. Les sinus des membranes de l'encéphale et tout le système veineux extérieur étaient gorgés d'un sang noir, épais et visqueux.

Les poumons étaient affaissés, mous, et retirés en quelque sorte sur les deux côtés de la colonne vertébrale ; ils avaient la couleur qu'ont ordinairement ces organes lorsqu'ils sont parfaitement sains.

Les cavités gauches du cœur étaient presque vides, mais l'oreillette droite et le ventricule du même côté contenaient une grande quantité de sang noir, épais et poisseux ; des veines du cœur renfermaient aussi du sang de même nature.

Le canal intestinal ayant été enlevé, après avoir été au préalable lié à ses deux extrémités, voici ce qu'il offrait de plus remarquable : toutes les veines qui rampent à la surface péritonéale du tube digestif, étaient injectées. L'estomac contenait environ une demi-pinte d'un fluide blanchâtre, ressemblant tout-à-fait à la matière de garde-robe. La membrane muqueuse présentait vers son grand cul-de-sac une ecchymose assez étendue, mais superficielle ; non loin de cette ecchymose, on en voyait deux autres de moindre dimension.

L'intestin grêle et le gros intestin étaient distendus par plus de deux pintes du même liquide que celui trouvé dans l'estomac ; toutefois en arrivant dans le colon et le cœcum, ce liquide perdait de sa couleur blanchâtre, pour prendre une teinte rougeâtre ; les follicules de *Brunner*, examinés même avec une loupe, n'avaient pas un volume plus considérable que dans l'état normal ; il n'en était pas de même des follicules agminés de *Peyer*, qui, bien évidemment, avaient le double de leur grosseur ordinaire. M. Sanson jeune détacha plusieurs parties du tube digestif sur lesquelles ces cryptes formaient des plaques dont quelques-unes avaient plusieurs pouces d'étendue ; du reste, ces plaques, quoique d'une couleur légèrement brune, n'étaient nullement injectées.

Le foie et la rate n'offraient rien de particulier ; la vésicule était remplie d'une bile épaisse et d'un vert extrêmement foncé.

Les reins et les uretères avaient leur volume et leur consistance ordinaires. La vessie, fort contractée, ne contenait point d'urine ; ses membranes présentaient une épaisseur de plusieurs lignes.

Je ne dois pas passer sous silence que, relativement au volume de follicules de *Peyer*, les opinions furent différentes entre les médecins présens à l'autopsie, et que les uns furent d'avis qu'ils étaient comme on les trouve à l'état ordinaire, tandis que plusieurs reconnurent un développement anormal.

Telles étaient les lésions cadavériques que présentait le corps de Leschneault ; j'aurais pu les décrire plus longuement, mais j'ai pensé que dans un travail qui ne doit renfermer que des faits généraux, je devais être court, et je n'ai même donné cette observation que parce que Leschneault fut le premier individu que le choléra frappa dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, et que les altérations organiques trouvées chez lui sont celles que j'ai le plus ordinairement reconnues, de telle sorte que l'histoire pathologique de cet homme expose et résume la plupart des ouvertures faites dans le neuvième arrondissement de Paris.

Marche et Direction du choléra dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville.

On a vu que Leschneault, demeurant rue de la Mortellerie, n° 87, était le premier individu chez lequel le choléra s'était manifesté, vers le 26 mars. Dans la soirée du 27, pendant que je visitais ce malade avec MM. de Lens, Parent-Duchâtelet et Sandras, M. Lange, commissaire de police du quartier, et membre de la commission sanitaire, vint me prévenir que le nommé Lepage, menuisier, rue du Monceau-Saint-Gervais, n° 2, venait de rentrer chez lui dans un état des plus alarmans ; nous nous transportâmes à l'instant à la demeure de cet homme, que nous trouvâmes avec tous les symptômes du choléra le plus intense.

Du 28 mars au 31, l'épidémie se déclara chez plusieurs habitans des rues Geoffroy-l'Asnier, des Barres, de Jouy, de Fourcy, et de la Mortellerie ; mais pendant qu'on ne comptait encore que quelques cas isolés dans ces diverses rues, celle de la Mortellerie en offrait un grand nombre d'exemples.

Du 1er avril au 5 de ce mois, on trouve quelques choléra-

riques dans les rues de Long-Pont, Saint-Antoine, sur les quais de la Grève et des Ormes, dans les rues de la Levrette, des Nonaindières, des Audriettes; néanmoins, c'est toujours dans celle de la Mortellerie que l'épidémie exerce ses plus funestes ravages. Enfin, du 5 avril au 31 mai, le choléra a sévi en même temps sur toutes les rues du quartier, toutefois avec plus de violence dans les rues Geoffroy-l'Asnier, des Barres et de la Mortellerie; j'ai déjà dit qu'un tiers de la population habite cette dernière rue, qui est presqu'en totalité peuplée d'indigens.

Quant à la direction que l'épidémie a suivie par rapport aux diverses expositions du quartier, on ne saurait, en vérité, lui en assigner aucune; Lescheneault et Lepage avaient leurs demeures au nord; mais bientôt, les habitations placées au sud l'emportèrent de beaucoup sur celles situées au nord, à l'est, ou à l'ouest; cela devait être, le quartier étant un carré long, courant de l'est à l'ouest, et la plupart des maisons regardant le sud. Ainsi, aucune conclusion à tirer de la direction que le choléra a pu suivre, direction qui du reste ne saurait être établie d'une manière satisfaisante.

Du Mode de propagation du choléra dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville.

Une question du plus grand intérêt dans l'histoire du choléra-morbus, est celle de la contagion; comment cette maladie se propage-t-elle, et peut-on avec quelque certitude, dans l'état actuel de la science, résoudre cette importante proposition? Depuis quatorze ans, tous les médecins qui ont été témoins de l'épidémie au sein des grandes villes, comme dans les campagnes, se sont prononcés pour la négative; pour les esprits éclairés, pour les hommes non prévenus, il ne reste plus aucun doute à cet égard; le choléra n'est pas contagieux. Comme il n'entre pas dans le plan de ce mémoire de donner toutes les raisons que les nombreux auteurs qui ont écrit sur le choléra font valoir pour prouver la non-contagion, je dois seulement dire que, dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, rien n'est venu infirmer l'opinion généralement accréditée aujourd'hui dans le monde médical.

Le choléra s'est déclaré à la fois sur plusieurs points de la capitale, fort éloignés les uns des autres, et sur des individus qui n'avaient pas eu le moindre rapport, la moindre relation ensemble. Dans les rues de la Mortellerie, du Monceau-Saint-Gervais, de Jouy et Geoffroy-l'Asnier, le même jour, presqu'à la même heure, plusieurs personnes, d'âges, de conditions différentes, étaient prises de symptômes cholériques, sans qu'il fût possible d'établir entre elles aucun contact, médiat ou immédiat.

De vingt-six docteurs en médecine ou élèves qui ont fait le service du poste médical, deux ont eu le choléra à un degré peu prononcé, et trois ont été atteints de diarrhée cholérique; sur huit brancardiers attachés à ce même bureau de secours, un seul est mort, et il n'est pas bien certain que ce soit de la maladie régnante. Le choléra a sans doute fait très-souvent plusieurs victimes dans la même famille, mais cela ne prouve rien; n'étaient-elles pas soumises aux mêmes influences épidémiques, et si, de vivre sous le même toit, dans les mêmes appartemens, si le contact enfin pouvait transmettre la maladie, que seraient devenus les médecins, si zélés auprès de leurs malades, eux qui souvent les frictionnaient des heures entières, eux qui, pour entendre leur voix faible et expirante, approchaient leurs visages de la face des cholériques. Quel que fût leur courage, quelle que fût la force morale de ces jeunes élèves, tous n'auraient pas résisté à la contagion, s'il était de la nature du choléra de se propager de la sorte; il faut bien le reconnaître le mode de transmission de cette affreuse maladie est encore inconnu.

Etablissement et Mouvement du bureau de secours du quartier de l'Hôtel-de-Ville.

La commission sanitaire du quartier de l'Hôtel-de-Ville avait tout prévu pour le moment où le choléra viendrait à se déclarer dans la localité que l'autorité avait confiée à ses soins; du 27 au 30 mars, le nombre des malades n'étant pas très considérable, les médecins qui habitent le quartier suffirent à porter des secours partout où on en réclamait; mais bientôt l'épidémie étendant sa terrible action sur toute la population, il fallut avoir recours aux moyens arrêtés par la commission centrale de salubrité, en cas d'invasion du choléra. La commission du quartier de l'Hôtel-de-Ville se concerta avec l'autorité municipale, et il fut décidé qu'un appel serait immédiatement fait à tous les médecins et officiers de santé du neuvième arrondissement; que des élèves en médecine seraient demandés à M. le doyen de la Faculté de Paris, et que jusqu'à nouvel ordre un seul poste médical serait établi à la mairie pour tout le neuvième arrondissement. Mais dans les premiers jours d'avril les cas de choléra se multipliant d'instans en instans, le service devint impossible à cause des distances qu'il fallait parcourir. On se hâta alors d'établir un poste médical au centre de chaque quartier; celui de l'Hôtel-de-Ville fut placé à la mairie, rue Geoffroy-l'Asnier, dans le local de l'état-major de la garde nationale, que M. Rossigneux, lieutenant-colonel de la légion, et membre de la commission sanitaire, voulut bien faire disposer à cet effet.

C'est l'histoire de ce bureau de secours, sous le rapport médical, que je vais exposer; je donnerai d'abord le chiffre des malades visités, les divisant en choléras graves et en diarrhées cholériques; je dirai les symptômes qui furent généralement observés, ainsi que les traitemens divers mis en pratique; enfin, je ferai connaître les résultats obtenus, c'est-à-dire, le nombre des individus guéris ou morts.

J'ai déjà dit que le manque de médecins dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville avait mis la commission sanitaire dans la nécessité d'appeler pour soigner les cholériques des élèves en médecine.

MM. Fontan, Adet de Roseville et Baratte, furent les premiers qui arrivèrent dès le 29 mars; puis vinrent MM. Caron du Villards (docteur en médecine), Biard, Renaud, François Petaux, Morin, Merland, et successivement jusqu'au 14 avril, MM. Fisson, Anthoine, Silly, Benoit, Beauvoisin, Garnier, Gouin, Gardarin, Gué, Jubin, Lemoine, Tournier et Choisy.

Si les malheureux que l'épidémie attaquait de moment en moment ont reçu tous les secours de l'art, si un grand nom-

bre est revenu à la vie, c'est au zèle infatigable et aux soins empressés que ces messieurs n'ont cessé de leur prodiguer qu'ils le doivent.

Me voici enfin arrivé à la partie essentiellement médicale de ce travail ; les faits que je vais exposer sont de la plus sévère exactitude, et les résultats qui en découlent peuvent être considérés comme réunissant autant de certitude qu'il est permis aux choses humaines d'en présenter.

Quoique le choléra-morbus se soit manifesté dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville le 27 mars, et n'ait cessé de s'y montrer que vers la fin du mois de septembre, ce n'est pourtant pas ce laps de temps que j'ai l'intention d'embrasser; les chiffres n'auraient plus aucune valeur si la mortalité des mois de juin, juillet, août et septembre figurait à côté de celle d'avril et de mai. Pour avoir un tableau fidèle des ravages de l'épidémie, il fallait l'étudier dans sa période d'intensité, et c'est ce que j'ai fait. J'ai pris mon point de départ à l'invasion du choléra, jusqu'à la fermeture du poste médical, le 15 mai, ce qui renferme un espace de cinquante jours, pendant lesquels les documens qui suivent ont été recueillis.

Il résulte du registre ouvert pour recevoir les déclarations que 2,095 malades ont été visités par MM. les médecins du bureau de secours du quartier de l'Hôtel-de-Ville, depuis le 27 mars jusqu'au 15 mai inclusivement.

De ces 2,095 malades il faut retirer 269 individus, considérés comme ayant des affections étrangères au choléra ; il en reste donc 1,826, sur lesquels on compte 508 diarrhées cholériques, 243 du sexe masculin, 265 du sexe féminin, et 1,318 cas de choléra, 727 du sexe masculin, et 591 du sexe féminin ; mais je dois répéter ici ce que j'ai déjà dit dans le compte-rendu des travaux de la commission sanitaire : « Quoique le tableau des déclarations porte 1,318 cholériques, et que ce chiffre n'ait été arrêté qu'après une investigation minutieuse, il est probablement très exagéré, car 437 seulement étant morts, il faut en conclure que 6 ou 700 au plus, ont eu véritablement un choléra grave. »

Faisant maintenant abstraction des non-cholériques, des diarrhées-cholériques pour ne m'occuper que de la maladie dans toute son intensité, je commencerai par exposer succinctement les symptômes caractéristiques de choléra généralement observés par MM. les médecins et élèves en médecine de l'ambulance du quartier de l'Hôtel-de-Ville ; mais, au préalable, il importe de faire connaître le mode qui fut suivi pour recevoir les déclarations, et diriger convenablement les secours.

Aussi longtemps que dura l'épidémie, la commission sanitaire resta en permanence, consacrant tous ses momens, d'une part, à l'administration du poste médical et à la direction de toutes les mesures de salubrité que les circonstances exigeaient, et de l'autre, à recevoir nuit et jour les demandes de secours, qui étaient faites d'instant en instant. La commission comptant trois médecins et un pharmacien sur huit membres dont elle était composée, se vit bientôt hors d'état de continuer seule une semblable tâche ; elle fit un appel aux notables du quartier, un roulement de service fut établi de telle sorte que deux personnes étaient constamment de garde au poste médical ; les médecins eurent également un service réglé de nuit et de jour; toutes les fois qu'on se présentait pour réclamer l'assistance d'un homme de l'art, le notable de garde inscrivait, sur un registre ouvert à cet effet, le nom du malade, son âge, sa profession, le lieu de sa demeure ; aussitôt un médecin était envoyé pour le visiter, et à son retour, il notait, sur une des colonnes du registre, la nature de l'affection : *choléra, diarrhée-cholérique* ou *non-cholérique*. Les médecins étaient en outre chargés de suivre les malades qu'ils avaient visités pour la première fois, et de les voir aussi souvent qu'ils le jugeraient nécessaire ; toutefois, comme quatre médecins seulement étaient de garde pendant la nuit, il arrivait souvent que ceux-ci étaient demandés pour des individus qui avaient reçu antérieurement des secours ; dans ce cas, il leur était expressément recommandé de bien s'enquérir de ce que le médecin ordinaire avait déjà fait, afin que le traitement ne fût pas continuellement modifié ou changé. MM. les élèves attachés au poste médical firent pour la plupart ce service avec un ordre admirable ; et je manque d'expressions pour dire combien furent grands leur zèle et leur dévouement ; non-seulement ils ne donnaient rien de nouveau sans s'être fait rendre compte des moyens employés avant leur arrivée, mais, quand il le fallait, ils laissaient des notes pour le médecin auquel le malade avait été confié d'abord.

Indépendamment de toutes ces précautions prises dans l'intérêt de l'humanité en général, des réunions fréquentes de MM. les élèves en médecine avaient lieu au poste médical ; presque tous les soirs, dans une espèce de conférence, chacun faisait part de ce qu'il avait observé, du traitement qui paraissait avoir quelque efficacité ; chacun exposait ses succès comme ses revers, sans vanité, sans affectation ; là, point d'idées préconçues, point de systèmes, la vérité, rien que la vérité. C'est dans ces conférences, c'est à cette école, je pourrais dire, et après avoir traité moi-même de nombreux cholériques, que j'ai recueilli l'ensemble des symptômes qui, dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, ont caractérisé la maladie épidémique désignée sous le nom de choléra-morbus.

Des Symptômes qui, dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, ont caractérisé le choléra.

On pourrait établir en principe dans l'épidémie de Paris, que le choléra a presque toujours été précédé de prodrômes ; la durée de ceux-ci variait sans doute depuis plusieurs jours jusqu'à quelques heures, mais il me serait impossible de citer un seul cas où cette maladie se soit manifestée sans qu'au préalable il se fût déclaré des signes précurseurs ; en voici l'énumération : digestions pénibles, borborygmes, sentiment de lassitude dans les membres, et particulièrement dans la région lombaire ; céphalalgie frontale, ventre lourd, pesant, nausées, évacuations alvines d'abord solides, ensuite de plus en plus liquides ; douleurs quelquefois violentes, mais ordinairement vagues vers l'épigastre ; crampes légères aux extrémités inférieures, urines rares.

Cet état durait d'un à quatre jours, et se terminait par le choléra ou par la guérison, mais généralement par le choléra, quand un traitement convenable ne venait pas entraver la marche de la maladie. Lorsque les accidens s'amendaient, soit par l'effet du traitement, soit par suite d'une

réaction naturelle, il se manifestait, dans ce dernier cas surtout, de la fièvre, tantôt avec rémission, tantôt sans rémission, des douleurs vives à la tête, et presque toujours des sueurs très abondantes; les prodrômes cholériques se terminaient aussi par une épistaxis ou par des urines déposant un sédiment briqueté. Néanmoins, j'ai vu fréquemment le choléra se déclarer pendant ou après une crise en apparence favorable. Les symptômes précurseurs, abandonnés à eux-mêmes, passaient presque constamment à l'état de choléra confirmé.

Quoique les prodrômes du cholera se soient presque toujours manifestés de la sorte, l'invasion de cette maladie avait pourtant lieu également dans la localité dont je m'occupe ici, par des étourdissemens, des tintemens d'oreille, des vertiges; mais cette forme a été beaucoup plus rare que la première, et ce n'est que sur un petit nombre d'individus que j'ai eu l'occasion de l'observer.

Je suis convaincu que si les conseils de la commission sanitaire avaient été suivis, si on avait écouté les sages avis des médecins, la mortalité aurait été bien moins considérable dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, particulièrement chez les maçons; sur 531 décès on a compté 72 individus de cette profession, la plupart étaient arrivés à Paris à la fin du mois de mars, ou dans les premiers jours d'avril. Les médecins qui pratiquent dans le neuvième arrondissement savent, par expérience, que les maçons qui viennent chercher de l'occupation dans la capitale, ceux surtout qui font leur première campagne, sont généralement malades, soit à leur arrivée, soit pendant leur séjour, et que le dévoiement est la maladie qu'ils contractent habituellement; devoiement causé, soit par les fatigues du voyage, le changement de nourriture, soit, le plus souvent, par la grande quantité d'eau dont ils s'abreuvent pour se désaltérer pendant leurs pénibles travaux. Je ne crois pas avoir besoin de faire remarquer qu'en 1832, un grand nombre de ces individus étaient dans des conditions tout-à-fait défavorables, et par conséquent en état de prédisposition au moment de l'apparition de l'épidémie.

Après avoir décrit rapidement les signes précurseurs du choléra, je dois dire quels étaient ceux de la maladie elle-même. Presque toujours, je le répète, je l'ai vue être la suite de la plupart, ou de quelques-uns des symptômes que je viens d'énumérer plus haut : généralement, lorsqu'on négligeait de traiter ceux-ci convenablement, voici ce qui arrivait : les garde-robes augmentaient, et à celles-ci se joignaient des vomissemens d'abord des derniers alimens qui avaient été pris, puis après, de sérosité branchâtre; la matière des selles était liquide, quelquefois légèrement rosée, et contenait des flocons également blanchâtres, semblables à du riz crevé : des crampes dans les doigts des pieds, dans les mollets, les cuisses, les bras et les avant-bras, se manifestaient presqu'en même temps que les premiers vomissemens; bientôt survenait un malaise général, une soif ardente, une anxiété extrême; le pouls, fréquent et petit, était souvent à peine sensible; les yeux, entourés d'un cercle livide, s'enfonçaient dans l'orbite, et le faciès du malade prenait un caractère tel qu'il était impossible de ne pas reconnaître un cholérique à son aspect seulement.

La peau des mains et des pieds se ridait, et perdait la contractilité qui lui est propre; la sécrétion de l'urine cessait, un accablement profond s'emparait du malade, les extrémités devenaient froides et livides; en peu d'instans, cette lividité gagnait de proche en proche, et s'étendait sur tout le corps, mais particulièrement aux pieds, aux mains et au tronc; les yeux s'enfonçaient de plus en plus dans l'orbite, la langue plate, blanche, était froide ainsi que l'haleine; la respiration devenait lente, la voix s'affaiblissait par degrés, le pouls augmentait de fréquence et de petitesse, enfin le sang ne circulait plus dans les veines superficielles; l'action contractile du cœur diminuait peu-à-peu, et les malades cessaient d'exister.

La chaleur à la peau, l'élévation du pouls, le rétablissement des urines, les sueurs étaient des signes favorables, et que l'on observait lorsque la maladie devait se terminer heureusement. Elle se jugeait aussi par des crises et des métastases : ces dernières étaient souvent fâcheuses.

Tel furent les symptômes du choléra dans le plus grand nombre des cas; leur marche et leur succession ne présentaient sans doute pas toujours ce caractère d'uniformité qui pourrait permettre d'en former des groupes et d'assigner à cette maladie des périodes très distinctes; néanmoins, généralement, ils se manifestaient dans l'ordre que je viens de leur assigner.

Mon but n'étant pas de faire une monographie du choléra, mais bien de tirer des conséquences de divers traitemens qui ont été employés pendant l'épidémie, j'ai dû me borner à ne donner que l'exposé sommaire des symptômes de cette affection, pour me hâter d'arriver à la partie de ce travail que je considère comme la plus importante, c'est-à-dire, la thérapeutique du choléra.

J'ai dit que 2,095 malades avaient reçu des soins de MM. les médecins du bureau de secours, et que, sur ce nombre, 1,318 avaient été désignés comme étant attaqués du choléra, et 508 de diarrhée cholérique seulement; j'ai dit comment le service avait été établi; je dois maintenant parler des divers modes de traitement qui furent mis en usage dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville. Mais ici pour être vrai, pour ne pas commettre d'erreurs, pour établir enfin mes données sur une base large et fixe, je n'ai pas dû m'en rapporter à mes souvenirs. Plusieurs de MM. les médecins avaient pris jour par jour des notes sur les malades qu'ils étaient appelés à traiter; je les ai priés de me les communiquer; d'autres ont rédigé les renseignemens qui m'étaient nécessaires, alors que leur mémoire était encore fraîche, et que les faits étaient présens à leur esprit dans toute leur intégralité. Qu'il me soit permis de leur témoigner ma vive reconnaissance pour leur bienveillante coopération; ainsi ce que je vais exposer est l'œuvre de mes collègues; ils ont eux-même tracé avec simplicité et bonne foi le traitement qu'ils ont suivi au lit des cholériques; je dois même ajouter que lorsque je leur adressai la demande de me donner par écrit le cahier en quelque sorte de leurs visites, ils ignoraient l'usage que je voulais en faire, et les conséquences que je pourrais en tirer.

Quoique presque tous les élèves en médecine qui ont fait le service du poste médical aient rivalisé de zèle et de dévouement, et montré une grande instruction, quelques-uns sont arrivés trop tard pour qu'il m'ait été possible de faire connaître les résultats qu'ils ont obtenus; résultats qui du

reste n'offraient pas un puissant intérêt, la plupart n'ayant été à même de voir qu'un très-petit nombre de malades, et dans un moment où le choléra ne sévissait plus avec intensité; en effet, sur 2,095 individus traités à domicile, 1660 l'ont été par dix-huit médecins ou élèves en médecine; quarante médecins ou élèves se sont partagé les 435 qui complètent le chiffre de 2,005; et d'ailleurs, ayant déjà présenté les résultats généraux dans un tableau synoptique, j'ai pensé que je devais me borner ici aux 1,660 malades attaqués de choléra, de diarrhées cholériques ou non cholériques, dont l'histoire m'était parfaitement connu.

En énumérant les traitemens divers auxquels ont été soumis les cholériques du quartier de l'Hotel-de-Ville, je n'ai pas la prétention d'entrer dans tous les détails des médicamens qui ont été administrés jour par jour à chaque individu en particulier, soit pour traiter le choléra, soit pour combattre les épiphénomènes qui se manifestent dans toutes les maladies; je veux seulement indiquer les méthodes thérapeutiques qui furent suivies, et pour cela des notions générales me paraissent devoir suffire.

Les dix-huit médecins ou élèves en médecine dont je vais exposer les méthodes curatives, sont: MM. Adet de Roseville, Anthoine, Baratte, Biard, Beauvoisin, Caron du Villards, Deslongchamps, Deville, Fisson, Fontan, François, Gouin, Merland, Morin, Pétaux, Pigny, Renaud et Silly.

« Toutes les fois, dit M. Adet de Roseville, que je n'ai eu à combattre que de simples diarrhées, j'ai donné pour boisson de l'eau de riz édulcorée avec un sirop quelconque, et j'ai fait prendre en lavemens l'extrait de ratanhia uni à la racine de guimauve, aux têtes de pavot ou au laudanum. Toutes les fois que ces diarrhées ont été accompagnées de coliques, j'ai fait prendre des potions et des lavemens opiacés, administrer de l'eau de riz pour boisson en même temps que je faisais appliquer des cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre; lorsque les moyens ci-dessus étaient impuissans, je me suis fort bien trouvé dans l'un ou l'autre cas de l'application de 15 ou 20 sangsues à l'anus; j'ai employé contre les vomissemens l'opium, l'acétate de morphine, l'acide hydrocyanique médical, les sangsues et les vésicatoires à l'épigastre, et enfin l'extrait de belladone en frictions sur cette même région, et, contre les crampes, l'ammoniaque, la térébenthine, le camphre et le laudanum, également en frictions.

» Lorsque j'ai eu à traiter un choléra algide j'ai donné des potions dans lesquelles je faisais entrer les toniques, les excitans et les narcotiques; chez les malades qui ne pouvaient supporter aucune espèce de boisson, je les ai remplacées par de la glace que je leur faisais sucer par petits morceaux; pour ramener la chaleur, j'ai fait promener des sinapismes et des vésicatoires sur tout le corps, et pratiquer des frictions avec les linimens dont il a été question plus haut. J'ai souvent employé l'eau de Seltz, et je m'en suis fort bien trouvé chez plusieurs malades qui ne pouvaient supporter aucune espèce de boisson.

» Je n'ai jamais eu recours aux émissions sanguines au début de la maladie: je ne les ai employées qu'au moment de la réaction, et encore n'ai-je pratiqué, la plupart du temps, que des saignées locales.

» Il est facile de juger par cet exposé, ajoute M. Adet, que je n'ai jamais fait que la médecine des symptômes et que je me suis toujours tenu en garde contre toute espèce de système. »

Le traitement que M. Anthoine suivit ne diffère que bien peu de celui de M. Adet de Roseville; ce médecin s'attachait à combattre les prodrômes du choléra par la diète, une boisson mucilagineuse, et, pour arrêter le dévoiement, les astringens et les narcotiques, il employait des frictions stimulantes camphrées contre les crampes, et des potions légèrement opiacées pour calmer les vomissemens; il réchauffait pendant la période algide, se servait des excitans, de la saignée quelquefois, plus souvent des sangsues pour aider à la réaction ou dissiper des métastases fâcheuses; en un mot, M. Anthoine essaya de la plupart des moyens préconisés contre le choléra.

Arrivé un des premiers au poste médical, M. Baratte eut nécessairement recours à toutes les méthodes curatives qui furent mises en usage depuis l'invasion de l'épidémie jusqu'à sa fin; pour arrêter la diarrhée, il prescrivait des lavemens avec l'extrait de racine de ratanhia ou le cachou mêlé au laudanum: la limonade était la boisson qu'il préférait donner à ses malades; il recommandait les applications de cataplasmes émolliens sur le bas-ventre, et faisait pratiquer contre les crampes des frictions avec de la flanelle imbibée d'un liniment ammoniacal. Il réchauffait ses malades, tantôt en les mettant dans des bains à une température élevée, tantôt en les enveloppant dans une couverture bien chaude. Sa médication fut généralement stimulante dans les premières périodes de la maladie; enfin M. Baratte employa la saignée et les sangsues toutes les fois qu'il pensa que l'état des malades réclamait ce genre de traitement.

Ecoutons maintenant M. Biard: « Lorsqu'en arrivant auprès d'un cholérique au début de l'épidémie, dit ce médecin, je le trouvais dans un état algide, avec cyanose, sans pouls radial ou presque insensible, je le faisais envelopper nu dans une couverture de laine, avec des sinapismes aux pieds et aux mains, et je donnais pour boisson du thé chaud; les malades, il est vrai, paraissaient vomir plus souvent, mais avec plus de facilité, et j'ai cru remarquer que les vomissemens duraient moins longtemps que chez ceux auxquels on refusait à boire; je faisais prendre par cuillerées à café, tous les quarts d'heure, la potion suivante: eau distillée de camomille, deux onces; de cannelle, une once; sirop diacode, une once; eau de fleur d'orange, demi-once; laudanum de Rousseau, huit gouttes. Je prescrivais un quart de lavement de deux heures en deux heures avec la décoction de racine de ratanhia, à laquelle je faisais ajouter dix gouttes de laudanum de Sydenham. Lorsqu'à l'aide de ces moyens j'obtenais la réaction, ce qui presque toujours eut lieu au bout de six à huit heures chez plusieurs de mes malades, je les faisais mettre dans un lit bien chaud après les avoir saignés ou leur avoir mis des sangsues selon leur volonté.

» Après vingt-quatre heures de réaction, j'administrais des boissons délayantes au goût du malade, et une potion calmante ordinaire; si le vomissement ou le dévoiement persistaient, je mettais 12 ou 15 sangsues à l'épigastre ou à l'anus. Si je redoutais quelque congestion vers un organe quelconque, je faisais promener des sinapismes sur tous les membres, et au besoin j'avais recours aux sangsues. Lorsque

les vomissemens étaient opiniâtres, plusieurs fois un vésicatoire à l'épigastre m'a réussi alors que je n'osais plus revenir aux sangsues.

» Il se manifestait quelquefois des symptômes de fièvres typhoïdes; je les combattais par les révulsifs externes, l'eau de Seltz et les excitans dans l'apyrexie; dans le paroxysme, je donnais au contraire les délayans mucilagineux.

» A la fin du mois d'avril j'abandonnai les lavemens de ratanhia, que je remplaçai par un lavement gommeux laudanisé; à cette époque, je donnai aussi aux malades de la glace, et je crois que le sirop d'acide hydrocyanique de M. Magendie m'a été plusieurs fois utile contre les vomissemens qui ne cédaient point à toute autre médication.

» Telle est en abrégé la conduite que j'ai suivie pendant le choléra. »

A peu de chose près, le traitement adopté par M. Beauvoisin fut absolument le même que celui de M. Biard; je m'abstiens de le détailler pour ne pas répéter ce que je viens d'exposer.

Je dois à M. Caron du Villards les renseignemens qui suivent : « Il ne me reste que peu de chose à dire sur le choléra que vous ne sachiez aussi bien que moi; car tout s'est passé sous vos yeux. A mon arrivée au poste médical, j'avais déjà visité l'Hôtel-Dieu, et dans les divers traitemens employés rien n'avait fixé mon choix sur la supériorité de telle ou telle méthode; la plupart des malades que j'avais vus étaient traités par les excitans, le vin chaud, le rhum, les lavemens de ratanhia, les sinapismes et les linimens ammoniacaux. Je débutai aussi de la sorte, mais avant le 5 avril j'étais dégoûté à l'excès de ce traitement; 1° parce que dans la plupart des cas il n'arrêtait pas les symptômes cholériques; 2° parce que quand il parvenait à enrayer la maladie, il donnait lieu dans la période de réaction à des symptômes ataxiques, à des congestions vers les grandes cavités, qui enlevaient le malade au moment où l'on pensait qu'il était hors d'affaire.

» Je n'ai pas eu à me louer davantage de la méthode antiphlogistique franche; toutes les fois que cette méthode a été mise en usage pendant la période algide, je l'ai vue accélérer les symptômes de cyanose et produire des spasmes très-violens; mais quand le malade n'était affecté que de diarrhée cholérique avec douleur intestinale, ténesme, légère péritonite, les sangsues au siége, associées aux astringens et aux opiacés, produisaient de bons effets.

» Afin de calmer les crampes, j'ordonnais un liniment composé avec : essence de térébenthine, 1 livre; poudre d'euphorbia-lathyris, 2 onces; phosphore, de 2 à 4 grains. Ce liniment offrait de grands avantages, tels que d'être promptement fait et d'avoir une action magique. De toutes les médications, celle qui m'a le mieux réussi, celle que j'ai employée sur moi-même ainsi que sur un grand nombre de personnes, c'est la poudre de Dower à haute dose, de 12 à 24 grains toutes les heures. Dans la période de réaction, il a fallu souvent recourir à la saignée générale et locale; j'ai toujours employé ces moyens avec une excessive précaution, car j'ai vu bien souvent les malades s'en trouver fort mal et tomber dans une faiblesse extrême. Dans plusieurs cas, j'ai vu l'emploi inopportun des émissions sanguines enrayer la réaction et la cyanose reprendre son cours. »

« Mon traitement dans le choléra, dit M. le docteur Loiseleur-Deslongchamps, a été formé en général de l'association des excitans à l'extérieur, et à l'intérieur des toniques, des astrigens, des anti-spasmodiques et des calmans. Dans la période algide, j'ai donné l'éther, le vin de Malaga; chez trois malades, qui, par le froid général et la couleur bleuâtre de toute l'habitude du corps, joints aux autres symptômes les plus fâcheux, me paraissaient dans un état désespéré, j'ai fait appliquer de larges cataplasmes sinapisés chauds sur les extrémités et la région précordiale; ce moyen a eu un plein succès; j'ai obtenu d'abord une prompte réaction, et enfin la guérison; une autre fois ce traitement a échoué; cependant, j'ai regretté de ne pas l'avoir employé chez un plus grand nombre de malades.

» La poudre de charbon avait été préconisée contre le vomissement et la diarrhée; je l'ai donnée quatre à cinq fois sans aucun succès, quoique quelques-uns des cholériques en aient pris pendant trois à quatre jours de suite. J'ai mieux réussi à calmer les vomissemens avec une potion dans laquelle, sur six onces de liquide, l'eau distillée de menthe poivrée entrait pour un tiers, l'éther pour un demi-gros à un gros, et le laudanum pour 20 à 40 gouttes; j'ai vu plusieurs fois cette potion arrêter les vomissemens comme par enchantement; j'ai combattu la diarrhée avec les lavemens émolliens ou astringens faits avec le laudanum ou une forte décoction de tête de pavot; c'est surtout à l'extrait de ratanhia que j'ai eu le plus souvent recours, j'ai toujours donné aux malades des boissons froides composées d'une infusion de tilleul, de menthe poivrée ou de camomille romaine. Pour calmer la soif inextinguible de plusieurs cholériques, j'ai souvent employé avec avantage la glace par petits morceaux répétés à de courts intervalles. J'ai combattu les crampes par les sinapismes et les linimens irritans; je n'ai jamais fait saigner, et n'ai employé les sangsues qu'un petit nombre de fois et seulement quand il y avait beaucoup de chaleur et de fièvre, et je ne me suis jamais aperçu que l'application des sangsues ait causé un grand changement dans l'état de la maladie. »

Ayant adopté l'ordre alphabétique pour exposer les divers traitemens suivis par les médecins du poste médical du quartier de l'Hôtel-de-Ville, je devrais peut-être, pour remplir convenablement ma tâche, développer les moyens thérapeutiques auxquels j'ai eu recours pendant l'épidémie; néanmoins, pour éviter des longueurs et des répétitions continuelles, je dirai que j'ai employé tour à tour, et *la plupart du temps sans succès*, les différentes médications indiquées, soit par les médecins qui avaient déjà acquis quelque expérience dans l'Inde, en Russie, en Allemagne ou en Angleterre, soit en répétant les essais tentés à Paris dans les hôpitaux, et la pratique particulière; je dois toutefois ajouter que dans l'Inde l'opium et ses préparations m'avaient bien certainement réussi, tandis qu'à Paris je n'en ai retiré aucun effet salutaire; donné à petite dose, dans les cas graves, bien entendu, il restait sans action; donné au contraire à haute dose, je l'ai vu fréquemment produire le coma, et j'ai dû y renoncer. Je m'arrête ici; j'aurai de nouveau occasion de parler des opiacés lorsque j'établirai un parallèle entre l'épidémie de choléra du Bengale et celle qui vient de régner en France.

Voici l'indication rapide des moyens thérapeutiques employés par M. Fisson. « Quoique le traitement que j'ai mis en usage, dit ce médecin, soit loin d'être uniforme, je tâcherai d'indiquer les médicamens dont je me suis servi le plus souvent.

» Dans le premier degré du choléra-morbus, avant la période algide, tantôt j'ai employé un traitement *tout antiphlogistique*, des sangsues à l'épigastre ou à l'anus, des cataplasmes sur le ventre, des demi-lavemens de son, d'amidon et de guimauve; différentes boissons toujours données en petite quantité, comme les décoctions de riz, d'orge, édulcorées avec le sirop de gomme ou de coing, la limonade citrique; tantôt j'ai joint à ces moyens, ou employé seulement des opiacés, des antispasmodiques, de légers excitans, des potions où entraient le laudanum et l'éther à haute ou faible dose; des demi-lavemens d'amidon additionnés de laudanum; des boissons où je faisais ajouter du sirop diacode, des infusions de tilleul ou d'oranger, de thé, de menthe ou de mélisse.

» Je n'ai ordonné que des frictions avec une flanelle imprégnée de laudanum pur.

» Dans le second degré du choléra, marqué par le froid et la cyanose, j'augmentais la dose du laudanum et de l'éther dans les potions et dans des lavemens; pour boisson je donnais, suivant les cas, des infusions concentrées de thé, de menthe et de mélisse, la décoction de quinquina et quelques autres décoctions astringentes. Je faisais quelquefois entrer dans mes potions l'extrait de ratanhia, l'acétate d'ammoniaque, en même temps que je mettais en usage une foule de moyens extérieurs destinés à ramener la chaleur et à ravivver la circulation.

» Dans le troisième degré lorsque venaient à disparaître les symptômes graves du second, je revenais au traitement antiphlogistique ou au moins à un traitement moins excitant, et je tâchais de diriger la réaction : si celle-ci était trop forte, je faisais une petite saignée; plusieurs fois, dans cette période, j'ai vu les malades tomber dans un état de stupeur, de rêvasserie analogue à celui qu'on remarque dans la fièvre typhoïde; alors pour les tirer de cet état j'employais des sangsues derrière les oreilles ou à l'anus, des vésicatoires et des sinapismes aux membres, de l'eau de Seltz ou la décoction de quinquina, et pendant la convalescence je surveillais surtout l'alimentation. »

J'extrais ce qui suit des détails qui m'ont été communiqués par M. Fontan :

« Je faisais prendre en potion aux malades, quand je leur trouvais les symptômes du choléra, la préparation suivante : vin de Madère 4 onces; sirop diacode 1 once et demie; éther sulfurique 15 gouttes : voilà pour la période algide; quand il se manifestait quelque peu de réaction, je mettais une infusion de tilleul à la place du vin de Madère et j'en ôtais l'éther et l'ammoniaque.

» Je ne faisais pas boire les malades si les vomissemens étaient intenses; je me contentais de leur mettre une tranche de citron dans la bouche, et je faisais tremper cette tranche dans de l'eau froide rougie édulcorée. Si les vomissemens cessaient je donnais à boire au malade ce qui lui était le plus agréable : c'était en général de la limonade avec le sirop de groseille. Pour arrêter la diarrhée, je faisais administrer des lavemens avec eau de riz 2 livres; extrait de ratanhia 4 gros; laudanum 20 gouttes, et quelquefois ammoniaque liquide 15 gouttes, à prendre en quatre fois. Pour combattre le froid, je faisais réchauffer avec des tuiles et les frictions suivantes pratiquées avec force : alcool de menthe poivrée, acétate d'ammoniaque de chaque 4 gros, et, pour arrêter les crampes, je me suis servi avec avantage d'un liniment composé de 4 gros d'huile camphrée et de 1 once de baume oppodeldoch.

» Dans la période de réaction, je traitais les malades par des saignées locales ou générales, des sinapismes, des bains de pieds; j'ai employé avec succès deux fois, sur trois que j'en ai fait usage dans des cas désespérés, des vésicatoires le long de la colonne vertébrale.

M. le docteur François fit constamment la médecine des symptômes, de telle sorte qu'en résumant le traitement de M. Gouin, j'indiquerai celui de ce premier médecin.

« Peu partisan, dit M. Gouin, des méthodes comme des mesures exclusives, j'arrivai avec le parti bien arrêté de ne tomber systématiquement dans aucune, de n'avoir recours aux moyens extrêmes qu'après avoir épuisé toute la série des remèdes moins violens, pour peu toutefois qu'ils répondissent aux indications, et sans négliger non plus d'en user si les circonstances venaient à exiger promptitude et énergie. Voici du reste en résumé ce que j'ai mis en pratique : repos, diète, chaleur constamment la même, boissons propres à diminuer les sécrétions; opiacés à l'intérieur et à l'extérieur, rarement des excitans, préférablement des toniques d'une énergie médiocre; épithèmes émolliens ou narcotiques. Après avoir éprouvé le peu d'effet des frictions sèches ou laudanisées, rubéfians pour combattre les crampes et le froid; lavemens anodins, amilacés, laudanisés ou diurétiques, j'aurais employé plus souvent la saignée ou l'ipécacuanha si j'eusse trouvé plus souvent l'occasion d'y recourir; enfin j'environnai la convalescence de toutes les précautions qui pouvaient éviter une rechute. »

C'est avec le plus vif regret que je me vois forcé d'abréger les renseignemens qui m'ont été transmis par MM. les médecins du poste médical, mais ce travail ne devant renfermer que des détails thérapeutiques, j'ai dû me priver d'une foule d'observations judicieuses qu'ils ont bien voulu m'adresser, et que le manque de place seul a pu m'empêcher de publier.

Arrivé un des premiers au bureau de secours, M. Merland employa presqu'exclusivement les excitans et les diffusibles, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, quelquefois les calmans, les narcotiques et les astringens; il ne saurait dire qu'aucune de ces deux méthodes ait eu des succès entre ses mains, car la mort a presque toujours été l'issue de l'une et de l'autre; « néanmoins, ajoute-t-il, je continuai ce traitement pendant quelque temps; je faisais comme je voyais faire dans les hôpitaux de Paris, n'osant marcher seul dans une route si nouvelle, et m'abandonnant sur la parole des maîtres à un aveugle empirisme; ainsi faisais-je quand parurent les fameuses leçons de M. Broussais. Je ne fus pas d'abord séduit par la théorie de l'auteur; je trouvais que le traitement physiologique ne l'était guère, mais les résultats ne me permettaient pas de réflexions, M. Broussais écrivait qu'il sauvait 36 malades sur 40. Je me trouvai donc sous une in-

fluence étrangère qui changea tout à coup la nature de mon traitement; au punch, je substituai la glace; les évacuations sanguines furent presque mes seuls moyens thérapeutiques; mais au lieu de ces succès si vantés, un état adynamique fut toujours la suite, sinon le résultat, de la saignée générale; je crois pourtant avoir remarqué qu'un moyen sûr pour arrêter la diarrhée était une application de sangsues à l'anus, suivie de l'administration de lavemens astringens opiacés. Je considère la glace comme conservant un grand avantage sur les boissons froides; celles-ci ne sont pas plus tôt dans l'estomac que leur température s'élève; il n'en est pas ainsi de l'eau à l'état solide, on sait qu'elle reste à 0/0 pendant tout le temps qu'elle met à fondre, elle me paraît donc bien propre à éteindre la soif qui dévore les malades, et à favoriser la réaction; c'est un des agens thérapeutiques sur lesquels je n'ai jamais varié, je l'ai toujours administré à mes malades dans la première période; enfin la saignée, qui me fut souvent funeste quand le pouls était plein et fréquent, me réussit quelquefois dans l'état algide. Deux fois j'ai donné l'ipécacuanha, et je me repens de ne l'avoir pas employé plus tôt; ce n'est pourtant pas que je croie que son usage doive être prescrit exclusivement. »

« Les premiers cholériques, que j'ai été appelé à soigner dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, dit M. Morin, ont tous été traités par la médication excitante que j'avais déjà vue couronnée de quelque succès dans le service de M. Magendie.

» Le vin sucré et canellé pour boisson, l'alcool camphré avec addition d'un quart d'ammoniaque en frictions, tels étaient à peu près les seuls agens thérapeutiques de mes premières prescriptions; les résultats variés que j'obtenais, les phénomènes morbides que provoquait l'administration des excitans alcooliques, tantôt tolérés ou rejetés, tantôt modérant les accidens ou les aggravant, ne tardèrent pas à me convaincre qu'il y avait du danger à généraliser les moyens curatifs, à adopter une méthode spéciale de traitement; j'eus d'ailleurs peu à regretter, je l'avoue, l'application exclusive des excitans, car elle fut en mes mains généralement bien insuffisante, sinon funeste. Il est difficile d'indiquer avec précision les moyens auxquels j'eus le plus souvent recours; presque pour chaque malade ils ont été différens ou modifiés.

» Lorsqu'en raison de la prédominance des symptômes dits *de réfrigération, de refoulement*, j'ai cru devoir administrer les excitans, c'est surtout sur leur application extérieure que j'ai insisté; j'enveloppais mes malades à nu dans de grosses couvertures de laine fortement chauffées, je promenais des sinapismes sur les extrémités, le dos et même le ventre, ou bien je faisais frictionner les membres avec des flanelles imbibées d'alcool ammoniacal jusqu'à rubéfaction; l'administration de ces premiers moyens était secondée par l'usage modéré d'une infusion aromatique quelconque, chaude et sucrée, et l'ingestion plus ou moins rapprochée d'une potion avec l'acétate d'ammoniaque.

» Dans le cas au contraire où j'ai cru devoir en raison de la cessation ou de l'absence de toute période algide, et de la prédominance des accidens phlegmasiques primitifs ou secondaires, en venir aux antiphlogistiques, cela n'a jamais été qu'avec beaucoup de circonspection, surtout parce que j'étais préoccupé de la terminaison typhique que je savais être indiquée comme fréquente par la plupart des auteurs.

» Des saignées générales peu copieuses, l'application fort rare de quelques sangsues, des boissons délayantes simples, ont été la base d'un traitement qui souvent m'a paru impérieusement indiqué.

» Quant aux symptômes plus spécialement, je vais succinctement dire ce qui leur a été opposé :

» Je suis souvent parvenu à calmer les vomissemens par l'emploi de la glace en fragmens, de l'eau de Seltz, ou de la potion de Rivière; ce sont les seuls moyens qui m'aient semblé bien efficaces; quand ils ont été inutiles, je ne me suis pas mieux trouvé des opiacés, de l'acide hydrocyanique médicinal, de la privation plus ou moins soutenue de toute boisson.

J'ai presque constamment employé, dans tout le cours de l'épidémie, les demi--lavemens avec l'eau de lin ou guimauve, la gomme adragant et quelques gouttes de laudanum; dans les cas rares où ils ne diminuaient en rien les dévoiemens trop fatigans, je les remplaçais par ceux avec l'extrait de ratanhia, ou la décoction de bistorte.

» Un mélange de baume oppodeldoch et de laudanum calmait ordinairement les crampes qui souvent disparaissaient aussi sous l'influence des frictions excitantes dont j'ai eu occasion de parler déjà. »

La plupart des élèves qui ont fait le service du bureau de secours du quartier de l'Hôtel-de-Ville étaient ou avaient été internes des hôpitaux de Paris. M. Pétaux dont je vais parler était attaché au Val-de-Grâce, et tout-à-fait partisan de la doctrine dite physiologique; ce médecin eut recours assez fréquemment à la saignée et aux sangsues; néanmoins sa manière de faire ne différa pas essentiellement de celle de ses confrères.

M. Pigny, habitant le neuvième arrondissement, fut appelé à donner des soins aux cholériques dès le début de l'épidémie; voici ce qu'il dit : « J'ai alternativement employé les médicamens suivans : pour tisane des infusions de fleur de tilleul, de camomille, d'œillet rouge, de feuilles de capillaire, de thé et d'oranger, des décoctions de racine de ratanhia et de consoude; j'associais aux tisanes des potions composées d'eau distillée de tilleul, de mélisse, de camomille, de fleur d'oranger, de sirop de gomme, diacode et le laudanum; ce dernier médicament était modifié selon la gravité de la maladie, l'âge et le tempérament du malade; jamais moins de 10 gouttes ni plus de 25 pour un véhicule de six onces; je faisais administrer des quarts de lavement avec la décoction de son, de tête de pavot, la dissolution d'amidon, et le laudanum à la dose de 4 à 10 gouttes pour chaque; très souvent cinq à six lavemens arrêtaient les garde-robes. A l'extérieur des applications de sangsues à l'épigastre ou à l'anus; je combattais les crampes avec le liniment volatil camphré. Je faisais prendre des bains entiers de 30 à 40 degrés, et j'enveloppais mes malades de couvertures chauffées sur lesquelles on promenait des bassinoires remplies de braise; ce traitement ne m'ayant pas réussi et le résultat ayant presque toujours été fâcheux, à l'exemple de M. Magendie, je donnai aux cholériques du vin de Madère, de Bordeaux ou du punch, et dans les intervalles de l'eau sucrée avec du sirop de groseille; mais cette méthode resta également sans succès.

« Quelques personnes avaient des vomissemens bilieux, quoique les matières rendues par les gardes-robes fussent de même nature que celles des cholériques ; quelques crampes légères aux pieds ; elles furent soumises à la même médication, et il se déclara des gastro-entérites aiguës dont plusieurs moururent, quoiqu'elles fussent combattues par les antiphlogistiques. Je modifiai encore mon traitement ; je donnai de la glace, de l'orangeade sucrée avec du sirop de gomme, des potions adoucissantes, mais je perdis presque toujours mes malades lorsqu'ils étaient cyanosés et froids, et je n'obtins de réaction, et par suite la guérison, que chez un petit nombre. »

Pour terminer cette longue énumération des divers traitemens auxquels furent soumis les cholériques du quartier de l'Hôtel-de-Ville, je dirai que MM. Renaud et Silly firent la médecine des symptômes, et employèrent tour-à-tour les toniques, les narcotiques, les excitans, et quelquefois les émissions sanguines.

Tel est l'exposé fidèle des différentes méthodes curatives que dix-huit médecins ou élèves en médecine ont mis en pratique pendant l'épidémie de choléra qui a ravagé la capitale ; au premier aspect ces répétitions de traitement paraîtront peut-être longues et fastidieuses, mais comme elles sont l'expression de faits positifs et que de leur réunion doivent découler des conséquences importantes, j'ai pensé que plus le nombre en serait grand plus celles-ci auraient de valeur et approcheraient de la vérité.

Maintenant voici les résultats obtenus par chaque médecin en particulier. (Voyez le tableau).

Relevé des malades visités par MM. les médecins et élèves en médecine du bureau de secours du quartier de l'Hôtel-de Ville.

NOMS des Médecins.	Total des malades visités.	Cholériques.	Guérisons.	Décès.	PROPORTION.	Diarrhées cholériques.	Guérisons.	Décès.	Non cholériques.	Sans renseignemens sur la terminaison de la maladie.	Total égal.
MM. Adet de Roseville.	140	110	44	42	1 sur 2 32/42e	24	21	1	6	26	140
Anthoine.	62	40	28	12	1 sur 3 4/12e	18	13	0	4	5	62
Baratte.	180	80	31	25	1 sur 3 5/25e	57	45	0	43	36	180
Beauvoisin.	42	24	11	8	1 sur 3	10	7	0	8	8	42
Blard.	102	71	24	24	1 sur 2 23/24e	25	25	0	6	17	102
Caron Duvillards.	80	58	32	23	1 sur 2 12/23e	14	11	0	8	6	80
Deslongchamps.	36	30	15	12	1 sur 2 6/12e	6	6	0	0	3	36
Deville.	176	120	55	44	1 sur 2 32/43e	48	40	1	8	38	176
Fisson.	80	42	20	15	1 sur 2 12/15e	21	12	1	17	15	80
Fontan.	108	74	34	29	1 sur 2 16/29e	25	15	0	9	21	108
François.	62	47	23	16	1 sur 2 15/16e	6	3	0	9	11	62
Gouin.	54	28	11	10	1 sur 2 8/10e	14	7	0	12	14	54
Merland.	63	34	9	11	1 sur 3 1/11e	18	14	1	11	8	63
Morin.	118	78	36	33	1 sur 2 12/33e	27	12	6	13	18	118
Péteaux.	104	74	32	28	1 sur 2 14/28e	20	8	0	14	22	104
Pigny.	88	61	23	23	1 sur 2 15/23e	17	14	2	10	16	88
Renaud.	122	69	39	26	1 sur 2 17/26e	31	19	2	22	14	122
Silly.	43	18	10	8	1 sur 2 6/8e	18	5	0	7	13	43
TOTAUX. . . .	1660	1054	477	389	1 sur 2 276/389e	399	292	14	207	281	1660

Ainsi donc d'après ce relevé qui résume en quelque sorte tout ce que je viens de dire, il résulte que 1 médecin a perdu 1 malade sur 3; 3, 1 sur 3 et des fractions, 14, 1 sur 2 et des fractions; la perte totale a été de 1 sur 2 276/389es. Cette proportion est exacte pour toute la durée de l'épidémie, depuis les derniers jours du mois de mars jusqu'à la fin du mois de mai. Néanmoins si j'avais présenté la mortalité de huit en huit jours, le chiffre n'aurait pas été le même à beaucoup près, car du 30 mars au 14 avril, en comparant le registre des déclarations avec les feuilles de décès, on trouve que la plupart des médecins que je viens de citer perdirent 90 sur 100 des malades qu'ils traitèrent; d'où il faut conclure, je le répète, que des 1054 individus désignés dans le tableau ci-dessus comme cholériques, 600 au plus furent réellement attaqués de choléra grave.

Maintenant si on examine les différens traitemens que chaque médecin a employé, on voit qu'une grande partie de la matière médicale a été mise à contribution; ici, ce sont les toniques, les astringens, les opiacés; là les émissions sanguines, les émolliens, les révulsifs: tel médecin n'a eu recours qu'aux excitans, tel autre n'a donné que les narcotiques; tantôt les malades ont été soumis à un traitement systématique, tantôt on leur a administré tour-à-tour des médicamens pris parmi ceux dont les propriétés sont les plus opposées; toutes les combinaisons, tous les essais furent tentés, et pourtant quelles qu'aient été les méthodes de traitement la mortatité seule n'a point varié.

Croit-on pouvoir attribuer cette mortalité à des influences diverses? Je dois d'abord me hâter de faire connaître que sur les 1660 individus visités par les médecins du poste médical, 234 furent portés dans les hôpitaux, 155 hommes et 79 femmes, et que sur ce nombre 146 y moururent, 93 hommes et 53 femmes, c'est-à-dire près des deux tiers; mais les 19/20es de ces malades étaient déjà mourans et quelquefois morts, lorsqu'ils arrivaient soit à l'Hôtel-Dieu, soit au Grenier-d'Abondance; ainsi j'ai dû les faire figurer dans le tableau que je viens de présenter: toutefois j'en ai retiré ceux qui furent portés aux hôpitaux sans avoir été traités au préalable dans leur domicile.

Ne faudrait-il pas aussi tenir compte de l'âge, des professions auxquelles se livraient les personnes qui ont succombé; des rues, des maisons qu'elles habitaient, de l'étage, enfin de l'exposition de leur logement?

Dans la statistique du choléra que j'ai publiée, j'ai démontré qu'on ne pouvait tirer aucune conséquences de ces diverses conditions; c'est de trente à cinquante ans que l'épidémie a fait le plus de victimes dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, comme partout ailleurs, mais il ne faut pas perdre de vue que, de tous les âges de la vie, celui de trente à cinquante compte le plus d'individus. Quant aux professions, si la mortalité a été plus grande chez les maçons, ce n'est qu'un résultat de localité, ceux-ci formant un huitième de la population: les rues, les maisons, les étages et l'exposition des logemens n'ont présenté aucune donnée particulière et sur laquelle il soit possible d'asseoir un jugement fondé; ainsi donc, point d'influences que l'on puisse raisonnablement signaler comme ayant contribué à la mortalité dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville.

Je crois qu'il est inutile de revenir sur la thérapeutique du choléra ainsi que sur son action; j'aurais sans doute pu, après avoir exposé chaque traitement, le discuter et l'analyser en quelque sorte, mais les faits généraux parlent assez haut pour me dispenser d'entrer dans des détails qui ajouteraient encore à la longueur de ce mémoire sans présenter un véritable intérêt.

RÉSUMÉ.

Je terminerai la première partie de ce travail par un résumé rapide de ce que je viens d'exposer.

Une épidémie de choléra-morbus comme celle qui a désolé la capitale ne saurait se juger par l'histoire de cette maladie observée seulement dans une localité; néanmoins comme le neuvième arrondissement se trouvait placé dans des circonstances considérées comme tout-à-fait défavorables, j'ai dû examiner tour-à-tour l'état du quartier de l'Hôtel-de-Ville sous le rapport topographique et les positions diverses des individus qui l'habitent.

Il semblerait, d'après cet examen, que le voisinage de la rivière, les rues étroites et humides, l'encombrement à l'intérieur des habitations, la malpropreté du corps prédisposent au choléra; l'expérience a pourtant fait connaître que dans plusieurs villes la classe aisée de la société avait été plus maltraitée que celle que la misère force à vivre de privations et à être exposée à toutes les intempéries des saisons. De quelle valeur sont alors ces assertions? ce ne sont plus que des faits isolés qui ne sauraient être généralisés.

C'est ainsi que les prévisions de la commission sanitaire s'appliquent plutôt aux individus qu'aux localités; les excès de boissoin, les travaux pénibles, une mauvaise nourriture, les affections chroniques des organes, pouvant être rangés au nombre des causes prédisposantes, sous l'influence épidémique bien entendu.

Que dirai-je du mode de propagation de cette maladie? si ce n'est que depuis 17 ans qu'elle parcourt l'Asie et l'Europe, on ne sait encore rien de positif sur la manière dont elle se transmet; toutefois, sa nature contagieuse est aujourd'hui résolue négativement, et ce qui a été observé dans le neuvième arrondissement vient corroborer l'observation la plus générale.

Le but de la médecine étant de guérir, la thérapeutique du choléra a dû être le point de mire des médecins; malheureusement le succès a rarement répondu aux nombreux essais de tous genres qui ont été faits, et il faut avouer avec douleur qu'on n'est pas plus avancé aujourd'hui après avoir épuisé toutes les ressources qu'offre la matière médicale qu'aux premiers temps de l'invasion de l'épidémie; et pourtant, s'il fallait croire au dire de quelques personnes, en suivant leur méthode, on arriverait à des résultats merveilleux; n'ai-je pas démontré le contraire en faisant connaître les différens traitemens et les résultats obtenus par 18 docteurs en médecine ou élèves, qui la plupart se tenaient au courant de ce qui se faisait dans les hôpitaux, et cherchaient à profiter des moyens que l'on y mettait en pratique?

J'aime à penser qu'il y a eu erreur et non mauvaise foi, et qu'on aura pris les chiffres des guérisons et de la morta-

lité sur la masse des affections cholériques sans distinction ; tandis qu'il ne fallait considérer comme atteints du choléra que les individus présentant les symptômes qui caractérisent réellement cette maladie.

Je ne reviendrai pas sur les influences diverses; elles pourront être appréciées en temps et lieu, et lorsqu'on possédera de nombreux travaux de localités particulières.

Il me resterait encore à tirer d'autres conclusions de l'ensemble des faits que je viens de signaler; c'est ce que je ferai après avoir parlé du choléra tel que je l'ai observé dans l'Inde en 1818.

OBSERVATIONS COMMUNIQUÉES PAR M. LE DOCTEUR VOLPELIÈRE, D'ARLES.

1° *Congestion sanguine dans les cavités d'un enfant mort-né et à terme.*

Une femme âgée d'environ trente ans, de tempérament bilieux-sanguin, avait eu plusieurs fausses couches à des termes différens. Je fus consulté lors de la dernière grossesse. Elle me racontait que la mort du fœtus était annoncée par des frissons, des vives douleurs de reins, la cessation des mouvemens de l'enfant, suivis de son expulsion cinq à six jours après. Je lui conseillai de se faire saigner avant d'arriver aux termes de ses fausses couches.

Appelé à quatre mois et demi de la grossesse, je saignai cette femme pour prévenir les accidens, résultat de ses indispositions. Je l'engageai à me prévenir dès qu'elle aurait besoin de moi. J'avais le projet de la saigner de temps en temps si j'en observais les indications, comme le recommandent Lamotte, Puzos, Deventer, etc.

Je soignais le mari d'une fièvre rémittente bilieuse tierce le 4 octobre 1827, lorsque le 6 cette femme fut vivement affecté des cris aigus d'un de ses voisins qui était dans un accès pernicieux avec délire. (Ce malade, pour le dire en passant, avait éprouvé de vives douleurs dans les testicules, lorsque l'irritation de l'encéphale qui survint enraya celle des glandes séminales, et le délire se manifesta. J'eus le bonheur de le sauver.)

Cette vive affection de l'âme détermina un frisson d'une heure, avec chaleur interne très forte, cessation des mouvemens du fœtus. *Potion anti-spasmodique, boisson théiforme de tilleul et de feuilles d'oranger.* Le lendemain matin peu de fièvre, le 10 l'accouchement eut lieu sans offrir rien de particulier. Les douleurs commencèrent à huit heures du matin et durèrent jusqu'à quatre heures du soir.

Lors de ma visite pour le mari, j'appris que sa femme était accouchée d'un enfant de sexe masculin, et qu'il était mort-né. C'était la cinquième grossesse et toutes de garçons.

Je me fis apporter le cadavre. L'enfant était bien constitué. En mesurant sa longueur de la tête aux pieds, le nombril était au centre. Les bourses étaient livides, l'épiderme enlevé, celui du bas-ventre se déchirait facilement. L'abdomen était volumineux; on sentait une fluctuation. J'en fis l'ouverture, il s'en échappa une grande quantité de fluide sanguinolent, couleur foncée.

Les intestins étaient naturels, ainsi que les viscères abdominaux, si ce n'est que leur couleur était celle du foie, d'un brun clair.

Le thorax présenta le même fluide dans les cavités des plèvres et en grande quantité; les poumons étaient sains. L'ouverture du cœur présenta dans ses ventricules un caillot de sang noirâtre; les oreillettes étaient presque vides, le trou de botal était ouvert.

J'enlevai le thimus, les poumons et le cœur. Je les plongeai dans un grand vase rempli d'eau. Le paquet s'enfonça de suite, et surnageait au fond. Je coupai plusieurs morceaux du poumon; ils gagnèrent le fond sans surnager. Ils ne crépitaient point en les pressant sous les doigts,

Le tissu cellulaire, subjacent au cuir chevelu, était fortement infiltré d'un fluide sanguinolent, au sinciput et à l'occiput.

On observait dans les cavités de la pie-mère et des ventricules une sérosité sanguinolente. L'encéphale était injecté, mais paraissait sain; sa consistance était molle. La mort paraissait dater de quatre jours environs

Réflexions. — Les cinq garçons qu'a portés cette femme me paraissent avoir péri des suites d'une congestion sanguine de l'utérus. (Apoplexie de cet organe.) Le sang, apporté en très grande quantité de la mère à l'enfant, de la veine ombilicale, n'a pu être rapporté à la mère par les artères ombilicales, d'où s'est suivie une exhalation sanguinolente dans les différentes cavités du fœtus, et la mort. Cette congestion est caractérisée par un froid rigoureux à l'extérieur du corps, tandis que l'intérieur est brûlant; cessation des mouvemens du fœtus quelque temps après son expulsion.

Des saignées sagement pratiquées durant le cours de la grossesse peuvent modifier cette disposition à la pléthore de l'utérus. Ce qui porte à le croire, c'est qu'une seule saignée a fait arriver à terme; et sans cette vive affection de l'âme, l'enfant probablement n'aurait pas péri.

2° *Observation sur un cas de brûlure par le fluide électrique.*

Une femme âgée de soixante-huit ans, de tempérament bilieux-nerveux, très délicate, fermait sa fenêtre, le 26 mai 1829, vers les 9 heures et demie du soir, au moment d'un violent orage avec tonnerre; la pluie tombait par torrens. Elle n'eut pas plus tôt empoigné l'espagnolette du contre-vent que le fluide électrique, en suivant le fer mouillé qu'on sait être bon conducteur, continua sa route dans la main gauche de cette femme, passa dans la manche; arrivé à l'épaule, descendit, après l'avoir contournée, le long du thorax, du bas-ventre, de l'aine, de la partie interne de la cuisse et de la jambe, jusque sous la plante du pied (toujours du même côté).

Cette femme fut d'abord prise d'évanouissement, tomba à la renverse et se fit une plaie contuse à la région occipitale. Elle resta une heure dans cet état de stupeur, et ce ne fut pas sans peine qu'elle put se relever pour se jeter

toute habillée sur son lit. La nuit, elle fut tourmentée par ses réflexions sur le danger qu'elle avait couru.

Dès la pointe du jour, elle appela à son secours les premières voisines qu'elle aperçut, pour leur raconter le malheur qui lui était arrivé.

Appelé peu de temps après, je trouvai cette femme dans l'état suivant: figure égarée, annonçant l'effroi, pouls faible, concentré, peau froide. (Prescription : *Potion cordiale, tisane de feuilles d'oranger et de fleurs de tilleul.*)

Toutes les parties touchées par le fluide électrique étaient brûlées. L'épiderme était enlevé dans quelques endroits; la cuisse avait une rougeur érysipélateuse. Pansement avec le cérat, recouvert de compresses trempées dans l'eau de Goulard.

A ma seconde visite, les forces étaient un peu revenues; une légère réaction s'annonçait par le développement du pouls. (*Potion avec l'eau de tilleul, l'éther, le laudanum de Sydenham, et le sirop de feuilles d'oranger,* à prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.)

La peau avait servi de conducteur au fluide électrique; la manche de la chemise ne fut point brûlée, excepté à l'épaule, où le bras formait avec le corps un angle de 46 degrés, au moment de l'accident. Elle était vêtue d'une camisole de drap doublée d'écarlate. Aussi le séjour plus ou moins long que fit sur la peau le fluide électrique détermina des escharres plus larges et plus profondes. Le poignet, l'épaule, le thorax, le dessus du bassin serré par la ceinture des jupes, furent fortement brûlés. La face interne de la cuisse, d'un rouge érysipélateux d'abord, ne tarda guère, après la réaction, à offrir une énorme plaie. Le bas, serré par la jarretière, n'arrêta pas le cours du fluide; seulement on y observait deux larges trous, l'un au-dessous du genou, et l'autre au-dessus de la malléole interne.

Une fièvre de réaction eut lieu; la diète, le régime en triomphèrent à trois ou quatre reprises qu'elle se développa dans le cours du traitement.

Après la chute des escharres, la cicatrisation de cette énorme plaie fut obtenue, malgré une vive sensibilité, par des pansemens méthodiques avec le cérat seul, recouvert par des compresses trempées dans une dissolution de chlorure de chaux.

Plusieurs écarts dans le régime finirent, malgré tous nos moyens, par occasioner une gastro-entérite, qui enleva cette femme plus de deux mois après l'accident.

BLESSURE PAR UNE ARME A FEU CHARGÉE A BALLE, SIMULANT UNE BLESSURE PAR ARME A FEU CHARGÉE A PLOMB.

Observation communiquée à la société par M. JACQUEMIN, *médecin de la prison de la Force, membre de la société.*

Le nommé NOËL, vieillard infirme, détenu pour mendicité, était le 15 septembre dernier, au déclin du jour, à la grille d'une fenêtre donnant sur la rue Pavie. Le factionnaire, conformément à sa consigne, lui cria de se retirer; mais lui ne se doutant pas que ces injonctions lui fussent adressées, restait toujours à cette grille, et plus le factionnaire criait, plus il s'efforçait en se cramponnant après les barreaux, afin de voir ce qui se passait dans la rue. Le militaire, trompé sur les intentions du détenu, et interprétant mal sa consigne, tira son coup de fusil. Noël fut atteint et transporté immédiatement à l'infirmerie. Je le vis presqu'aussitôt; ayant enlevé ses vêtemens, je remarquai, sur le bras, l'épaule, le col, la joue de côté gauche, une multitude de petites plaies, les unes linéaires, les autres de forme plus ou moins régulièrement arrondie. J'en comptai une quarantaine, et je ne mis pas en doute qu'elles ne fussent produites par un coup de fusil chargée à plomb, qui aurait frappé obliquement. Cette opinion était partagée par l'infirmier, vieux militaire, et par de nombreux témoins.

Je fis mander l'officier du poste, qui, étonné comme nous de l'aspect de cette blessure, n'en demeurait pas moins convaincu que l'arme était chargée avec une cartouche de guerre. Le soldat lui-même affirma qu'il avait mis dans son fusil une de celles qui avaient été distribuées, et en effet, sur le nombre une manquait dans sa giberne. Ayant été sur le lieu de l'évènement pour me rendre compte de la position du blessé relativement à la direction du coup, je remarquai sur un des barreaux un enfoncement régulier semblable à celui que produisait l'impression du pouce sur une pâte molle. L'éclat brillant de cette cavité contrastant avec la couleur noire des barreaux, prouvait qu'elle était toute récente. Sur l'appui de la fenêtre je trouvai une multitude de petits fragmens de plomb formant ou de petites écailles ou des lamelles contournées sur elles-mêmes comme les petits copeaux qui se produisent dans l'action de tourner les métaux, ou bien encore de petits grains plus ou moins arrondis. Dans le châssis de la fenêtre, se voyaient incrustés plusieurs petits éclats semblables. Il était dès lors de toute évidence que la balle, animée d'une grande force d'impulsion (40 pieds de distance) par son choc sur le barreau très fort, s'était en quelque sorte pulvérisée, et que les granulations avaient été lancées sur les corps environnans. Il est à remarquer que c'est tout-à-fait sur un angle du barreau quadrangulaire que la balle a frappé, circonstance qui dut être la cause déterminante de la division du métal.

Je retirai des plaies un grand nombre de petits morceaux de plomb, d'autres sortirent avec la suppuration. Il ne survint pas d'accidens; la guérison était complète le vingtième jour.

J'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt de signaler ce fait, dont je n'ai pas trouvé d'exemple dans les traités de plaies d'armes à feu. On conçoit en effet que des blessures analogues doivent s'observer rarement, surtout dans les batailles en plaines. Mais dans les combats livrés dans les villes où les projectiles rencontrent des corps inflexibles, l'effet que nous avons observé doit se produire. Peut-être est-ce à cette circonstance qu'est dû le bruit qui se répandit à Paris, après les journées de juillet, que les soldats avaient chargé leurs fusils avec de la mitraille. Il est probable que les plaies multipliées observées sur plusieurs blessés étaient dues à la division des balles, par leur choc contre des corps durs On a pu voir sur les barreaux suspenseurs du pont de l'Hôtel-de-Ville, et sur les grilles des marchands de vin qui avoisinent la place, des cavités formées par les balles.

En médecine légale, où il est souvent d'un haut intérêt de déterminer la forme du corps vulnérant, le fait que je viens de citer peut fournir des applications utiles. Il est bon de constater qu'une arme à feu chargée à balle peut produire une blessure analogue à celle qui serait produite par une arme à feu chargée à plomb de chasse ou à mitraille.

JOURNAL
UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE
DE
MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PRATIQUES
ET DES
INSTITUTIONS MÉDICALES;

PAR MM. BÉGIN, BOISSEAU, BOUILLAUD, A. DEVERGIE, HERVEZ DE CHÉGOIN, JOLLY, MÉLIER, REGNAULT, ROCHE, SANSON.

OCTOBRE 1833.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS SANGUINES DU CRANE;

Par M. VELPEAU.

L'auteur de l'article *Céphalœmatome*, inséré dans le dernier cahier du *Journal hebdomadaire*, ayant trouvé convenable de dénaturer le sens de quelques passages de ma Thèse (1), afin, sans doute, de les contredire plus à son aise, je me vois en quelque sorte forcé, pour lui répondre, de jeter un coup-d'œil sur son propre travail et de reproduire ici le mien.

M. Pigné me reproche d'abord (page 462) d'avoir fait dire « à plusieurs auteurs allemands, et notamment à Zeller, » que les *céphalœmatomes* ont leur siége entre l'aponévrose et le péricrâne; puis (p. 466), « que ces tumeurs sont la suite de contusions ou de violences extérieures. » Là dessus M. Pigné se trompe doublement. Je n'ai fait parler ni Zeller, ni *plusieurs auteurs allemands* à ce sujet. Traitant des tumeurs sanguines du crâne, j'ai cru pouvoir en établir un certain nombre de variétés, d'après mes propres recherches; et je ne vois pas en quoi ceci a pu blesser M. Pigné, ni pourquoi il me prend à partie sur un pareil point, sans s'être donné la peine de me comprendre. J'ai dit ensuite que *le* céphalœmatome décrit par M. Zeller devait se rapporter à *celui* que je place entre le péricrâne et l'aponévrose, ou même en dehors de l'aponévrose; mais ceci est l'expression de ma pensée, à moi, et ne regarde nullement M. Zeller. M. Pigné aurait dû s'en apercevoir. Il en est de même des *contusions*, etc. C'est une opinion que j'émets, à mes risques et périls, en invoquant les faits, mais non la doctrine de M. Zeller, à l'appui de ceux que je possède. J'ignore, en conséquence, quel est le motif qui a pu porter M. Pigné à donner une si singulière interprétation de mes paroles, et à me faire invoquer le témoignage d'un auteur que je combats, ou dont je cherche à expliquer les méprises. Quand on ne craint pas d'accuser les autres d'inexactitude, il faudrait au moins se montrer exact soi-même en fait d'interprétation.

M. Pigné ajoute (p. 470) que je suis bien malheureux « tant dans le choix de mes citations que dans celui de mes autorités, » et cela parce que j'ai pensé devoir noter en passant, que M. Carus est d'accord avec moi sur la cause des céphalœmatiques! Que M. Carus ait vu par lui-même ou n'ait pas vu le céphalœmatome, il m'importait peu : la question était de savoir s'il avance ce que je lui attribue, et M. Pigné lui-même ne le conteste pas! Sur qui donc doit retomber alors le blâme de mal choisir ses citations? M. Pigné a tort de débuter dans la science par des attaques aussi déplacées. Je me suis occupé de céphalœmatomes avant lui, et un des premiers en France; il pouvait s'en occuper après

(1) Thèse sur les Contusions dans tous les organes, etc., Paris, 1833, in-4° de 120 pag., chez J.-B. Baillière.

moi, se servir de mes recherches, combattre mes opinions même, s'il l'eût trouvé utile, et signaler mes erreurs; mais, pourquoi me travestir ainsi dans les seuls passages où il a cru devoir me citer? Il y a là, qu'il y songe, de quoi fonder une opinion qui ne lui serait pas favorable. A juger de son travail par le peu qu'on vient de voir, quelle idée laisserait-il dans l'esprit du lecteur?

Du reste, M. Pigné vient parfaitement à l'appui du proverbe populaire : *Tel qui voit une paille dans l'œil de son voisin, ne s'aperçoit pas que le sien renferme une poutre.* Ainsi, il prétend (p. 470) qu'on ne doit pas tenir compte de l'opinion de M. Carus, parce que cet auteur ne paraît point avoir observé lui-même *le* céphalœmatome; et voilà que lui, M. Pigné, encore élève, qui n'en relate aucun exemple nouveau, fait un long Mémoire sur la même maladie! Vous le voyez, d'un autre côté (p. 479), s'extasier sur la *candeur* ou la *modestie* de Le Dran, déplorer la rareté de pareilles qualités parmi nous! et, admirez l'exemple, c'est lui, M. Pigné, qui, à son âge, sans annoncer aucun fait à lui propre, vient aussitôt régenter M. Carus, un des hommes les plus savans du Nord, et une foule d'autres praticiens!.. Nous sommes ainsi faits. Il faut bien en prendre son parti.

Si, au moins, le mémoire de M. Pigné n'était pas criblé d'erreurs, données du ton le plus tranchant comme des vérités démontrées!

En voici quelques-unes prises au hasard : 1° « Ces tumeurs (les céphalœmatomes) siégent constamment entre les os et le péricrâne (p. 461, 454) », et j'en ai disséqué deux à moi seul, qui avaient leur siége entre le péricrâne et l'aponévrose! 2° « Aucune n'a été remarquée vis-à-vis des sutures (p. 465). » Et M. Nægelé en cite une qui passait d'un pariétal à l'autre. 5° « Ni sur le point où les portions de l'occipital viennent se réunir avec les deux moitiés du frontal (p. 465), « comme si le frontal s'unissait jamais avec l'occipital. 4° « Leur grosseur varie depuis celle d'une noisette jusqu'à celle de la moitié d'un œuf de poule (p. 465). » Celle dont parle Le Dran couvrait presque tout le pariétal. Chez le petit malade de Nebel, elle égalait le volume d'un œuf d'oie. Comme le docteur Zipp, j'en ai observé une qui était presque aussi grosse que le poing, etc. 5° « Ne serait-on pas porté à croire qu'une artère déchirée fournit le sang qui alimente, grossit la tumeur, et lui transmet les mouvemens (p. 470). » M. Pigné voudrait-il nous dire quelles sont les artères qu'on trouve entre le crâne et son périoste, ou qui viennent de l'intérieur à l'extérieur, sur les différens points de la voûte crânienne, de manière à pouvoir simuler des pulsations dans une tumeur sanguine du volume du poing? 6° Remarquant que ces tumeurs augmentent de volume, après la naissance surtout, et voulant qu'elles préexistent à l'accouchement, il se demande si on ne trouverait pas la raison d'une semblable particularité dans « la pression que les eaux exercent autour du fœtus (p. 467). » Est-ce sérieusement qu'il fait cette question? Les eaux qui empêchent une tumeur de grossir! 7° « La hernie cérébrale se fait *constamment*, ou au niveau des sutures et surtout des fontanelles, ou au niveau des points où s'opère, pendant le travail de l'ossification, la jonction des différens points ossifiés (p. 476). » Comme si la faux, les sinus et les diverses cloisons de la dure-mère n'y mettaient pas, le plus souvent, un obstacle insurmontable; comme si, dans l'exemple de Reisel, on n'avait pas trouvé « le cervelet sorti par un trou creusé dans l'occipital, près du grand trou qui donne passage à la moelle; » comme si, dans le fait rapporté par Corvinus, les fosses occipitales n'avaient pas été percées par la hernie, etc. 8° « Le cercle osseux, dans la hernie, est constamment formé aux dépens de plusieurs os (p. 477). » On vient d'en voir la preuve. « Dans l'autre tumeur, c'est toujours aux dépens d'un seul (*id.*). » Voyez plutôt l'observation de M. Nægelé, pour ne pas en rappeler d'autres, celle surtout d'un enfant que j'ai observé avec M. Cisset, et chez lequel ce bord passait à la fois sur le pariétal et le temporal gauches, l'occipital et le pariétal droit. Mais c'en est assez, je présume, pour montrer à M. Pigné qu'il est plus facile de critiquer que de créer, et qu'au lieu de relever des erreurs imaginaires, il eût mieux fait de corriger ses propres recherches. Puisqu'il n'avait point de faits inédits à exposer, comment a-t-il eu le courage de traiter si cavalièrement et de résoudre avec tant d'assurance une question qui demande surtout à être abordée *de visu!* En supposant qu'il ait eu l'intention de rappeler à ses compatriotes ce qu'on a fait en Allemagne sur ce sujet, il fallait qu'il s'en tînt à reproduire, soit la Thèse de Zeller, soit le Mémoire de M. Nægelé, soit l'article que M. Dieffenbach a rédigé pour le Dictionnaire de Rust.

Quant à ce qui me concerne, je lui en aurais certainement fait grâce, si je n'avais vu là un acte de mauvais-vouloir, assez étrange dans un élève qui n'a jamais eu, que je sache, à se plaindre de moi; ou si je n'avais craint que, à l'instar de plusieurs de ses camarades, il ne fût l'instrument mal déguisé de quelque autre intérêt que le sien. Sous ce rapport, je lui dois même des remercîmens, car il m'a mis à même de montrer la valeur de ses attaques, et de faire voir, par analogie, la confiance que méritent les accusations de fautes du même genre, qui m'ont été sourdement imputées. Si vous indiquez, en écrivant, les sources où vous avez puisé, on vous copie, on vous pille effrontément, sans vous citer. Si vous ne faites que nommer les auteurs, afin de rendre justice à chacun, quelque *ami*, quelque rival qui n'aura pu trouver ce que vous annoncez, ou qui l'aura mal compris, dira que vous citez à faux; il fera même des leçons pour le prouver. Tel autre fera naître innocemment la même idée dans un cercle de confrères. M. un tel l'a dit, cela suffit. Personne ne se demandera; *Est-ce bien vrai?* Quelques élèves dévoués, qu'on abuse, se font aussitôt les colporteurs bénévoles de pareils bruits. Comme l'auteur n'est pas là pour se justifier, on finit par ne plus douter de sa culpabilité. Quelques autres s'y prennent d'une façon plus naïve encore : ils font bonnement dire à l'auteur ce qu'il ne pense pas, et l'habillent ensuite à leur manière, espérant bien que la masse des lecteurs n'ira pas voir au fond de la question : *et voilà comment on écrit l'histoire!* Ayant assez de mes propres erreurs à supporter, sans accepter encore celles qu'on voudrait me supposer, je traiterai dorénavant ce genre de tripotage comme il le mérite, toutes les fois qu'on aura au moins le courage de le rendre public. Personne plus que moi, j'ose le dire, n'aime à encourager les élèves, à les aider même lorsqu'ils montrent de l'aptitude pour la médecine; mais comme je n'ai jamais voulu leur

rendre le mauvais service de les flatter, je ne pense pas que leur titre doive m'interdire le blâme quand ils se livrent à des attaques irréfléchies contre moi. J'ai, au reste, assez de confiance dans le bon esprit de M. Pigné, pour croire qu'il ne verra, dans cette réponse, qu'un acte de légitime défense, qui s'adresse bien plus encore à d'autres qu'à lui-même.

Voici d'ailleurs le court chapitre que j'ai consacré aux tumeurs sanguines du crâne. Ayant eu à traiter de la *contusion en général*, et de la contusion dans tous les organes en particulier, je n'ai dû parler de celles de la tête que d'une manière abrégée, que pour en faire ressortir les caractères spéciaux. Les tumeurs sanguines du crâne ne diffèrent, selon moi, des tumeurs sanguines des autres régions du corps que par suite de la disposition anatomique des parties, tout ce que j'ai dit de celles-ci leur est évidemment applicable. Ce n'est donc qu'après avoir lu l'article *bosses sanguines* de mon travail, dans tous ses détails, qu'on se fera une idée nette de ce que j'ai cru pouvoir avancer des céphalœmatomes. Ne pouvant pas actuellement donner à ce sujet toute l'attention qu'il réclame, je me bornerai à compléter, sous quelques rapports, l'article de ma Thèse, en essayant de faire disparaître quelques-unes des fautes que la rapidité avec laquelle elle a dû être composée et imprimée (120 pages in-4° en dix jours) m'avait forcé d'y laisser.

Contusions du crâne.

Au premier degré, les contusions du crâne produisent une *ecchymose* difficile à reconnaître de prime-abord, dans toute la portion que recouvre les cheveux, où son expansion est d'ailleurs empêchée par la densité des tégumens et de leur doublure cellulo-graisseuse. Aussi la voit-on se répandre vers les oreilles, les tempes et l'orbite, dès qu'elle est un peu profonde et rapprochée de la base de la cavité encéphalique.

C'est au crâne que les *bosses sanguines* ont surtout été remarquées. On en observe dans ses diverses régions et de diverses nuances : les unes avec fluctuation et dépression, offrant une certaine mollesse inégale ; quelques-unes rénittentes et d'apparence fongeuse, sous le doigt qui les explore.

Les premières sont les plus fréquentes. On les observe chez les individus de tout âge, et presque indistinctement sur tous les points du crâne. Ce sont elles qui en ont si souvent imposé pour des fractures de la boîte cérébrale. J'en ai rencontré au front, aux tempes, à l'occiput, tout aussi bien que sur les pariétaux où elles s'observent néanmoins le plus fréquemment. Ruysch dit en avoir vu une au front qui fut sur le point de le tromper lui-même. Les pulsations dont elles sont quelquefois le siége les ont fait prendre, soit pour une hernie du cerveau, soit pour une perforation du crâne, soit pour un anévrysme. En voici un exemple : « Un garçon tomba de haut, dit P. Forest (1), en sorte que *le crâne fut ouvert, et qu'on pouvait remarquer les mouvemens du cerveau, sans qu'il y eût entamure à la peau*, mais seulement meurtrissure. » On pensa au trépan, mais un *tourteau de rose* arrosé de vin blanc, appliqué sur le mal, suffit pour le dissiper en peu de jours ; ce qui prouve, ce me semble, que les os étaient intacts.

L'observation d'encéphalocèle, rapportée par Trew (1), et une autre qui appartient à Le Dran (2), n'étaient évidemment que des tumeurs sanguines. Dans la première, il y avait une tumeur sur chaque pariétal. L'enfant guérit à l'aide d'applications résolutives. Dans le cas de Le Dran, elle occupait le pariétal droit, et se dissipa de la même manière.

§ Ier. Une *première variété* de ces bosses me paraît avoir son siége entre l'aponévrose et les tégumens crâniens. C'est ainsi du moins que je l'ai vue dans les quatre cas où il m'a été donné d'en pratiquer l'ouverture sur des adultes, et sur les trois nouveau-nés que j'ai pu disséquer. C'est incomparablement la plus commune de toutes. Il est peu d'accoucheurs et de chirurgiens qui ne l'aient observée. Le *Caput succedaneum* de quelques médecins allemands (3), la tumeur sanguine externe du crâne des nouveau-nés de Hœre (4) lui appartiennent très probablement aussi. Séparée des os par des membranes saines, retenue dans ses limites par la densité du cuir chevelu, elle n'entraîne que peu de dangers, ne cause presque aucune douleur, et se dissipe souvent d'elle-même, ou sous l'influence des résolutifs ordinaires et de la compression. L'ouverture en est rarement indispensable, et peut être faite d'après les principes établis au traitement des bosses sanguines en général. Je ne comprends pas les avantages de la méthode de Ravaton (5), qui consistait à tailler un lambeau en V, aux dépens des tégumens pour mettre le fond de pareils dépôts à découvert.

§ II. Une *seconde variété* des tumeurs du crâne, suite de contusions ou d'épanchemens de sang causés par des violences extérieures, est celle que M. Zeller (6) a décrite sous le nom de *céphalœmatome*, et qui a son siége « *selon moi* » entre l'aponévrose et le péricrâne (7). C'est parce que les savans de l'Allemagne et de l'Italie, qui s'en sont tant occupés depuis vingt ans, confondent souvent celle-ci avec la précédente, qu'ils sont si loin d'être d'accord sur les dangers de l'une et de l'autre. D'abord plus large, ou moins saillante, elle montre plus de tendance à s'étaler, et n'est pas toujours entourée d'un cercle aussi dur que la première. La fluctuation n'y est pas non plus aussi sensible.

---

(1) Collect. de Bonet, t. III, p. 146.

(1) Thèses de Haller, n° 46, ou t. Ier des Extraits, p. 109. Thèse de Corvinus.

(2) Obs de chirurg., t. Ier, p. 1.

(3) Chelius, t. II, p. 187.

(4) Journal de Siebold, t. V.

(5) Chirurgien d'armée ; 1768.

(6) Journal complémentaire, t. XIII ; ou mieux, *Comment. de céphalœmatomatie*, etc. ; Heidelb. 1822.

(7) Notez qu'il ne s'agit, dans tout cet article, que de violences étrangères à l'organisme, que je ne traite que des contusions, et que je n'avais à m'occuper du céphalœmatome que dans ses rapports avec les bosses sanguines par causes externes.

L'os s'altère souvent au-dessous, et l'aponévrose finit quelquefois par lui fournir un kyste solide. On voit que Michaelis (1) l'avait observée, tandis que quelques-unes des remarques de M. Zeller, et la plupart de celles de M. Nægelé (2), se rapportent évidemment à la variété précédente.

Comme les contusions qui altèrent le péricrâne au point de le décoller, la produisent aussi, en mettant l'os à nu, ainsi que l'avance MM. Zeller, Rust, etc., on conçoit qu'elle puisse amener la mort du sujet. Alors on doit craindre une nécrose plus ou moins étendue, et un travail capable de gagner jusqu'à la dure-mère. Paletta (3), Osiander (4), MM. Chelius et Rust (5), etc., ont eu l'occasion de se convaincre du fait par l'ouverture du cadavre. C'est dans ce sens qu'en attribuant la tumeur à la maladie de l'os, Michaelis pourrait avoir raison.

Il ne faudrait pas cependant s'en laisser imposer par des apparences. Un enfant, âgé de dix jours, me fut apporté par madame Brunet, sage-femme, à la fin d'août 1833. On le croyait affecté d'une hernie du cerveau. Une tumeur molle, fluctuante, recouvrait les trois-quarts postérieurs du pariétal gauche, une partie du temporal et presque tout l'occipital, avec l'angle supérieur du pariétal droit. On n'y a rien fait du tout. La résolution s'en est opérée presque subitement au bout de quelques jours. Des taches rouges se sont manifestées sur différens points du corps, et la santé de l'enfant n'a fait que se fortifier depuis. Le cercle osseux qui bordait la tumeur a complètement disparu dans l'espace d'une semaine. Il y avait là tous les symptômes que M. Zeller attribue aux céphalœmatomes, qu'il place entre le crâne et son périoste. Or, est-ce ainsi que se comporterait une collection aussi considérable, si elle était absolument à nu sur les os ?

La pression inégale qu'éprouve le crâne du fœtus, le chevauchement que les os tendent à exécuter l'un sur l'autre, en traversant le bassin pendant la plupart des accouchemens, soit naturels, soit artificiels, en est la cause incontestablement la plus commune, ainsi d'ailleurs que l'admettent MM. Capuron, Carus, Wendt, etc., contrairement à l'opinion de Paletta, MM. Siebold, Schmidt, Hœre, Nægelé. Si Baudeloque semble l'attribuer à un afflux du sang vers le cerveau, cela tient à ce qu'il n'a pas fait attention qu'elle peut se former, non-seulement sur les points comprimés, mais encore sur la partie qui reste tout-à-fait libre dans le centre des détroits, et qu'il était, en conséquence, inutile d'en chercher d'autres causes.

Toutes les fois que le péricrâne lui-même n'est pas soulevé, et il est rare qu'il le soit chez les nouveau-nés, la résorption du fluide épanché se fait encore assez facilement. Le traitement à mettre en usage est d'ailleurs le même que pour la première variété. En ouvrant la tumeur, on en obtient très rapidement la guérison, si l'os n'est pas altéré; mais quand il y a nécrose ou carie, on sent à quels dangers le malade se trouve exposé.

Un enfant, observé par Fried (1) et qui portait un encéphalocèle véritable à l'occiput, avait en outre une tumeur sanguine sur chaque pariétal, entre le péricrâne et l'os, dit l'auteur. L'accouchement avait été laborieux et la tête avait longtemps souffert : ce fœtus mourut.

Je n'ai point distingué cette variété de celle qui peut avoir son siége entre le péricrâne et les os, 1° parce qu'il m'a semblé que les observations de Zeller, Nægelé, Kopp, Osiander et autres, se rapportaient, au moins en grande partie, aux variétés précédentes, si ce n'est à la suivante; 2° parce que l'état des parties sur les sujets que j'ai disséqués m'a permis de comprendre comment on a pu s'y tromper, et regarder comme primitive une altération qui n'est le plus souvent que secondaire; 3° parce que le péricrâne est si mince et si peu résistant, qu'il se déchire avant que la tumeur ait acquis le volume sous lequel elle se montre ordinairement; 4° enfin, parce que la disparition du mal est trop prompte et souvent trop franche, pour qu'on puisse en placer le siége immédiatement sur les os : ce n'est pas toutefois que j'en nie la possibilité, ni l'existence. Je la crois seulement plus rare que certains pathologistes allemands ne semblent l'admettre, et voilà tout.

§ 3. *La troisième espèce* de tumeur sanguine, que je rapporterais volontiers aux contusions du crâne, est primitivement plus profonde. M. Chelius (1) en place le siége dans le diploé, et je crois, avec M. Hœre, cité par Rust, qu'il se trouve plus souvent entre le crâne et la dure-mère. Un coup porté avec quelque force sur la bosse pariétale, ou quelque autre portion spongieuse des os, est, on ne peut le nier, de nature à faire naître l'épanchement d'une certaine quantité de sang entre les deux lames compactes du tissu osseux, sillonné, comme on sait, du moins dans l'âge adulte, par des canaux veineux d'un assez fort calibre, et traversé par tous les vaisseaux qui vont de l'extérieur à l'intérieur. Une observation d'un haut intérêt, que m'a communiquée M. Lauth, semble se rapporter à ce genre. Un homme est frappé d'un coup de bâton sur le pariétal; quelques jours après, il n'y paraissait plus. Au bout de quelques mois, des douleurs, se manifestant sur le point diamétralement opposé, forcèrent à y appliquer une couronne de trépan, qui n'apprit rien sur la nature du mal. Après la mort, qui survint bientôt, on trouva une masse fongueuse, du volume d'une grosse noix, aplatie et comme enkystée dans le diploé correspondant au point frappé. Ce n'est, bien entendu, qu'après avoir usé la couche externe des os, que de pareils épanchemens viendraient faire tumeur au-dehors.

L'accouchement peut amener aussi un épanchement entre la méninge et les os. J'en ai recueilli deux observations, et j'ai la conviction qu'en y regardant avec soin, on finira par reconnaître la fréquence assez grande de faits semblables.

(1) Journ. de Loder, t. II.
(2) Journal complémentaire, t. XIII, p. 127.
(3) de obscessu capit. sang. mediol.; 1810.
(4) Man. d'Anat., etc.,
(5) Dict. de chirurg.

(1) Extrait des Thèses de Haller, t. I, p. 110.
(1) Manuel de chirurg., t. II, p. 186. Heidelb. et Leips., 1827.

L'épanchement *sur la face externe de la dure-mère*, subissant les transformations dont Abernethy le croit susceptible, et dont M. Hœre (1) dit avoir disséqué un exemple, deviendrait ainsi l'origine de quelques-unes de ces tumeurs fongueuses crâniennes, dont Louis a donné le premier une histoire détaillée.

Au demeurant, les contusions du crâne pouvant donner lieu à un épanchement *dans l'épaisseur des tégumens sous l'aponévrose, sous le péricrâne, dans l'épaisseur des os*, ou, plus profondément encore, *à la surface de la dure-mère*, sont de nature à faire naître presque toutes les variétés de tumeurs sanguines indiquées par les accoucheurs, décrites sous le titre d'encéphalocèle, de céphalœmatomes, de fongus, et même d'athéromes.

Je ne terminerai pas sans rappeler que ceci n'est qu'une esquisse, et qu'il resterait beaucoup à dire sur *le* céphalœmatome en particulier, si j'avais voulu traiter en détail les principales questions qui le concernent.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Ligature de l'artère carotide, pratiquée pour arrêter une hémorrhagie de l'oreille et du pharynx. — Hoquet opiniâtre traité avec succès par le vésicatoire.

Communiqué par M. le docteur DESPORTES,

Membre de l'Académie royale de Médecine.

Judicium difficile.

On s'est élevé souvent, et avec raison, contre la manie de décrire, avec les détails les plus minutieux, certaines observations de cas de maladies qui étaient assez faciles à connaître, à saisir, à bien apprécier. Mais on a souvent aussi à regretter que des histoires de malades ne renferment pas toutes les particularités, tous les symptômes qui ont dû probablement exister, et qui, exactement notés, auraient aidé le lecteur à porter un jugement mieux arrêté, plus sûr, sur le sujet soumis à son examen. Peut-être l'une et l'autre des deux observations suivantes, ou au moins la première, peuvent-elles faire naître naturellement cette réflexion; et peut-être aussi tous les symptômes, tous les signes, ont-ils été recueillis; en sorte que ce ne serait pas les hommes de l'art qui auraient négligé ou méconnu quelque moyen de découvrir la vérité, mais la nature qui n'aurait pas laissé soulever le voile dont elle s'enveloppe trop ordinairement pour nos yeux mortels.

Quoi qu'il en soit, voici d'abord le récit *d'une ligature de l'artère carotide, pratiquée pour arrêter une hémorrhagie de l'oreille et du pharynx.* (Ligature of the carotid artery. — account of hemorrhage from the ear and fauces.) — est M. Cheyne, de Leith, qui l'a rédigé, à la date — 4 décembre 1832.

Première observation.

Un jeune garçon, délicat, âgé de neuf ans, est pris, le 20 août 1832, d'un mal de gorge à gauche, et qui se termina en deux jours.

29 *août*. Le mal de gorge reparaît, mais à droite, avec douleur et gonflement des parties, et de la fièvre. Cette dernière cessa au bout d'un jour ou deux; mais il resta un gonflement à l'extérieur, douloureux, et situé entre la partie supérieure du larynx et le muscle sterno-mastoïdien. Ce gonflement augmente par degré, et s'étend en haut à la mâchoire inférieure; et plus tard, au conduit auditif externe.

8 *septembre*. Il survient, dans la nuit, un écoulement de pus par l'orifice externe de l'oreille, et cet accident continue jusqu'au soir du jour suivant. La quantité de pus ainsi évacuée, aurait pu, probablement, remplir une tasse à thé. On remarqua, d'ailleurs, que les dernières portions de pus avaient été teintes de sang. Mais, bientôt après que le pus eut fini de couler, le jeune malade se lève tout alarmé, un flux de sang avait lieu par la même oreille; cette hémorrhagie eut peu de durée, et on jugea que quelques onces seulement de sang avaient été perdues. (Application, sur l'oreille, d'une compresse soutenue par un bandage.) Le gonflement dans la gorge, qui dépendait de l'abcès, avait, au reste, disparu entièrement.

13 *septembre*. Un nouvel écoulement de sang se déclare par l'oreille. (Une éponge est introduite dans le conduit auditif, et par-dessus on place une compresse et un bandage.) Il faut noter que, depuis l'époque du premier écoulement sanguin, le 9 septembre, un gonflement s'était formé entre l'angle de la mâchoire, l'apophyse mastoïde et le conduit auditif externe, mais on n'y sentait pas de pulsation.

16. Ce gonflement, maintenant considérablement augmenté, s'étend en bas le long du larynx. En examinant la bouche, on y aperçoit une tuméfaction telle que la produirait une amygdale très enflée, poussant en avant le pilier antérieur du voile du palais, et gagnant la mâchoire en soulevant la membrane muqueuse buccale. Toutes ces parties ont une couleur pâle, de la mollesse et de l'élasticité. On observe encore les symptômes suivans: difficulté de clore la bouche, expulsion fréquente de mucosités de la gorge, écoulement continuel de larmes, articulation des sons imparfaite, difficulté considérable de respirer, d'avaler et de rester couché; enfin, dans toute la contenance du malade, l'expression d'un très grand malaise.

18. Dans la soirée de ce jour, le malade rejette subitement de la bouche deux à trois onces de sang rutilant. La veille, et même l'avant-veille de cet accident, les mucosités gutturales étaient venues teintes de sang. Comme un pareil état faisait naître des doutes, et inspirait la crainte d'une hémorrhagie imminente, qui pouvait devenir fatale, soit par la quantité de sang qui pourrait être perdue, soit par le voisinage de la trachée, en amenant la suffocation, on pro-

---

(1) *De tumore cranii*, etc. Berlin, 1824.

posa, et ce fut M. le docteur Combe qui ouvrit cet avis, de lier l'artère carotide; mais les parens ne voulurent pas consentir à cette opération, au moins pour le moment. Alors on convint d'avoir l'opinion de M. Syme. Ce chirurgien approuve la mesure proposée, et la recommande lui-même de nouveau aux parens du malade, qui donnent cette fois leur consentement. M. Syme exécute la ligature de l'artère près du larynx, et sans aucun autre acident que ceux qui résultent d'une plaie simple dans ces parties.

Immédiatement après cette opération, un soulagement a lieu sous tous les rapports, et va en augmentant jusqu'au 1er octobre. Ainsi le gonflement externe, après avoir rapidement diminué, est, à cette date, tout-à-fait disposé; mais il subsiste encore un léger gonflement à l'intérieur de la bouche, dans la partie occupée par l'amygdale. On ne sent aucune pulsation de l'artère temporale. Enfin il y a toujours, depuis la première hémorrhagie par l'oreille, un suintement, par cette partie, d'un ichor sanguinolent.

1er *octobre*. Dans la soirée, un flux abondant de sang sort à la fois de la gorge et de l'oreille; il s'arrête bientôt et cependant on évalue à dix onces la quantité de sang qui est ainsi perdue. On examine la bouche, et l'on aperçoit quelques caillots de sang qui adhèrent à la tonsille droite. Le malade avait eu, fort imprudemment, la permission de sortir de la maison dans la matinée, et en avait usé, sans gêne aucune, pour marcher aux environs.

2. On reconnaît que, depuis la veille au soir, une tumeur, égale en volume à la moitié d'un œuf de poule, s'est développée entre l'angle de la mâchoire inférieure, l'éminence mastoïde et le conduit auditif externe. On ne remarque, d'ailleurs, aucune augmentation dans le gonflement interne de la bouche.

6. Il y a quelque diminution dans le volume du gonflement extérieur dont il vient d'être parlé, et, depuis le 1er octobre, aucun écoulement ichoreux n'a eu lieu par l'oreille.

Dans la soirée, il se déclare un nouvel écoulement de sang du fond de la gorge, à droite, et par les narines, écoulement qui ne tarda pas à cesser, mais occasiona néanmoins une perte de sang de vingt onces environ. Le jeune malade eut, immédiatement après cet accident, une syncope dont il fut rétabli au bout de deux heures. La nuit fut sans sommeil; le pouls donnait 120 pulsations.

8. Dans la soirée, il survient encore une hémorrhagie de la gorge; la perte de sang est d'environ dix-huit onces. Cette hémorrhagie est suivie de faiblesse, et le pouls est très petit.

Mais c'est à partir de ce jour qu'il n'est plus revenu d'écoulement sanguin, que la tuméfaction du col décroît et disparaît tout-à-fait, et que la santé va se rétablissant par degrés. Le symptôme seul qui subsiste encore pendant quelque temps, est la couleur noire de la tonsille droite. Enfin, il ne reste plus rien de la maladie au mois de décembre, et la santé est aussi bonne qu'elle l'avait été précédemment.

Eh bien! maintenant que l'on a lu le récit de la maladie, y a-t-on trouvé tout ce qu'il fallait pour n'avoir aucun doute raisonnable sur la nature de l'affection morbide? Elle se déclare d'abord à gauche, puis à droite; ce n'était pas un simple abcès qui existait là; était-ce un abcès avec lésion consécutive d'un ou plusieurs vaisseaux? et quels vaisseaux étaient compromis? une fois le sang a été rutilant: ou bien y avait-il là une espèce de tumeur sanguine, fongueuse, ou autre? mais la maladie avait d'abord débuté à gauche. Si les symptômes qui se sont manifestés ont réellement été tous recueillis, tous notés, quel est le moyen de sortir d'incertitude? Quant à la part que la ligature de l'artère carotide a prise à la guérison, on ne peut nier que cette opération a exercé une influence notable sur la maladie, en procurant du soulagement au malade, en amenant du changement dans le volume de la tuméfaction du col. Mais cependant, jusqu'au jour de l'opération, les pertes de sang qui avaient eu lieu ne s'étaient pas élevées à plus que quelques onces: tandis que, après ce jour, la première hémorrhagie est évaluée à dix onces de sang vermeil, et les deux suivantes sont de dix-huit à vingt onces de sang, c'est-à-dire que les hémorrhagies deviennent bien plus considérables, et ne s'arrêtent, enfin, que vingt jours après l'opération; et elles ne s'arrêtent pas à la manière de celles dont on ferme la source à l'aide d'un moyen mécanique, mais à la manière de beaucoup de pertes de sang, en s'accompagnant d'une longue syncope, accident que l'on sait avoir à lui seul un effet salutaire pour suspendre et terminer une perte de sang.

Hoquet opiniâtre traité avec succès par le vésicatoire.

C'est, sans aucun doute, une des plus grandes, mais aussi une des plus rares jouissances que puissent éprouver les hommes adonnés à l'art à guérir, que de pouvoir se rendre un compte exact et de la nature de la maladie qu'ils ont à traiter, et de l'action, quelle qu'elle soit, des remèdes qu'ils mettent en usage. Sous ce double rapport, pourrait-on dire quels sentimens éprouvait M. le docteur Thomas Shortt, d'Edimbourg, lorsqu'il a écrit ses *Remarques sur le hoquet, ses causes et son traitement.* (Remarks on hiccup, its causes, and cure. April 1833.) Après avoir rappelé que certains auteurs français et anglais avaient rangé le hoquet parmi les maladies qu'ils avaient admises dans les classifications nosologiques qu'ils ont dressées, et que Cullen avait simplement regardé le hoquet comme un symptôme de quelque maladie, M. Shortt adopte l'opinion de Lieutaud, que le hoquet temporaire qui se montre dans le cours et vers la fin des maladies aiguës, ne peut être inscrit dans le tableau des maladies essentielles, mais que le hoquet chronique qui fatigue, pendant des années entières, certaines personnes, est d'un caractère très différent. (*E morborum albo expungitur singultus vulgatissimus et fugax; sed aliter se res habet de diuturno et chronico, qui nonnullos ægros in vitæ discrimen habet.*) Le hoquet, comme maladie idiopathique, est rarement dangereux, mais il est fréquemment très incommode, aussi Heberden le plaçait-il parmi les affections morbides qui demandent une attention spéciale. Selon M. Shortt, le hoquet est purement de nature spasmodique; et, en considérant les phénomènes dont il s'accompagne, on peut croire que sa cause prochaine est une irritation, une congestion ou une inflammation, soit des nerfs phréniques, soit de leurs ganglions; car on ne peut avoir oublié que des expériences ont fait voir qu'en irritant les nerfs phréniques, on détermine des convulsions du diaphragme.

Divers remèdes ont été, en différens temps, opposés au hoquet. Sœmmering a recommandé entre autres l'application de vésicatoires entre les épaules. Mais le remède le plus puissant est, au dire de M. Shortt, un vésicatoire au cou appliqué vers l'origine et le long du premier trajet des nerfs phréniques; et pour remplir cette condition, le vésicatoire doit s'étendre presque autour du cou.

M. Shortt appuie son opinion de trois exemples de hoquet qui ont guéri par ce moyen; et le hoquet était associé évidemment, dans le premier cas, à une gastro-entérite; dans le troisième, à des symptômes morbides, qui avaient pour cause un coup violent reçu sur l'apophyse mastoïde gauche; et dans le deuxième cas, aux symptômes d'une maladie du foie.

Mais le même remède s'est trouvé seul efficace encore contre une affection spasmodique assez singulière du diaphragme et des muscles du thorax qui servent à la respiration. La maladie ressemblait plutôt à une combinaison de la toux et de l'éternuement qu'au hoquet, et consistait dans une expulsion irrésistible, involontaire, et non sonore, de l'air de la trachée-artère, ou bien dans un mouvement expiratoire, spasmodique, involontaire, mais très-énergique, qui revenait par accès.

Deuxième observation.

Le sujet était un enfant de dix ans. Il n'éprouvait aucune irritation apparente des nerfs du nez, quoique les mouvemens de l'os maxillaire inférieure fussent, durant l'attaque, tels qu'on les remarque dans l'éternuement; il n'y avait d'ailleurs ni écoulement par les narines, ni expectoration. On n'a pu reconnaître aucune affection des bronches et des poumons, aucune augmentation de volume du foie, de la rate, et d'autres viscères, aucune lésion des vertèbres et de la colonne vertébrale. La volonté du malade était impuissante pour produire les attaques, et cependant certaines émotions de l'ame semblaient exercer de l'influence sur elles. Enfin, l'action de monter un escalier a paru les exciter quelquefois.

Pendant les intervalles des attaques, le pouls et la respiration étaient dans l'état naturel. Jamais l'appétit, dans tout le cours de la maladie, n'a été dérangé, et le sommeil également a toujours été naturel. Dans les premiers temps de la maladie, l'exertion spasmodique et violente était beaucoup plus intense le matin; elle commençait généralement vers cinq heures, et durait pendant trois heures presque sans interruption. Pendant le jour, les accès étaient moins fréquens, et avaient rarement plus de quelques minutes de durée. Il faut noter que les attaques du matin, pendant un petit nombre de semaines, ne se prolongèrent pas plus d'une demi-heure; mais on a vu aussi les efforts convulsifs revenir jusqu'à cent fois dans l'espace d'une minute.

Cette maladie ne pouvait inspirer qu'un grand intérêt, car les accès occasionaient toujours un profond épuisement.

Comme la langue était sale et chargée, il fut jugé convenable de recourir d'abord, et largement, aux émétiques et aux purgatifs; mais ils furent sans effet. Alors on supposa que la maladie pouvait tenir à quelque gonflement des tonsilles, et à un relâchement des parties supérieures de la gorge et du larynx, à cause de plusieurs et récentes attaques de croup qu'avait éprouvées le jeune malade; on administra le mercure, concurremment avec des applications locales stimulantes et astringentes, tels que le poivre de Cayenne, le cachou, et des sinapismes. Tous ces remèdes furent employés sans succès. Il en fut de même des narcotiques et des antispasmodiques à hautes doses, et, par exemple, de l'opium donné le soir en se couchant, et le matin pendant les attaques; des flanelles imbibées de teinture d'opium, et appliquées sur le cou; des cataplasmes de jusquiame également appliqués autour du cou; des rubéfactions sur la poitrine et le long de la colonne vertébrale, la nuit et le matin, avec des linimens anodins de valériane, d'assa-fœtida, de belladone, de jusquiame, de musc. L'acide hydro-cyanique fut donné à l'intérieur, ainsi que le quinine. On prescrivit aussi des bains chauds, etc. Enfin l'application d'un vésicatoire, qui avait été proposée aux parens du malade et refusée d'abord, eut lieu, et de manière à affecter l'origine et le trajet des nerfs phréniques au cou; on la fit à dix heures du matin. Au bout de cinq heures, les accès spasmodiques cessèrent entièrement pendant environ trente heures; puis ils revinrent, mais à un degré modéré, dans le cours de chaque journée; et de plus aucune des attaques intenses du matin ne reparut. Le vésicatoire resta ouvert pendant dix jours, et la maladie guérit sans le concours d'aucun nouveau remède. Elle avait duré environ trois mois.

Les docteurs Hamilton, Junior et Craigie ont vu le malade.

Si maintenant on consent à reporter un instant ses regards sur le travail de M. Shortt, on apercevra de suite le nombre assez grand de questions qu'il soulève, et sans les résoudre. On y trouvera deux assertions, entre autres, l'une, que les convulsions du diaphragme que l'on excite en irritant certains nerfs, sont la preuve que le hoquet reconnaît pour cause prochaine une irritation, ou une congestion, ou une inflammation de ces mêmes nerfs; et cette autre assertion, que l'application d'un vésicatoire autour du cou est un moyen sûr d'agir sur l'origine et la première partie du trajet le long du cou des nerfs dont l'irritation, ou la congestion, ou l'inflammation produit le hoquet. Or, que de choses il y aurait à dire sur ces deux points, lors même que l'on admettrait purement et simplement le fait qu'un vésicatoire placé autour du cou arrête le hoquet, mieux que tout autre remède!

Quant à l'histoire du dernier malade, dont parle M. Shortt, elle est loin certes de manquer d'intérêt. On aura remarqué qu'elle est tracée d'ailleurs de manière à apprendre quels étaient les organes qui ne paraissaient pas souffrir de l'affection morbide, et ces détails étaient d'autant plus utiles à connaître, qu'ils concentrent davantage l'attention et la réflexion du lecteur sur les phénomènes essentiels de la maladie. Mais quelle était donc cette maladie? *Judicium difficile.* Toutefois, si l'on ne veut pas se prononcer sur cette question, il est curieux encore de suivre le médecin dans l'essai qu'il fait successivement d'un grand nombre de remèdes différens, nécessité qui lui est en quelque sorte

imposée par les parens du jeune malade, qui se refusent assez longtemps à l'emploi d'un vésicatoire, comme le voulait, dès l'abord, l'homme de l'art. Il y a là des leçons de plus d'une espèce, dont chacun peut faire son profit.

CANCER DU DUODÉNUM AVEC PERFORATION.

Péritonite aiguë. — Mort.

Observation communiquée par M. le docteur FULLET,

Médecin en chef de l'hôpital Militaire de Namur.

Le lancier Lecoq; dix-sept ans; cheveux d'un blond cendré; peau blanche, transparente; tempérament lymphatique; caractère mou; humeur douce et égale; est doué d'un appétit prodigieux, mange d'ordinaire autant que d'eux, et, en sortant de ses repas, on le voit aller à la cantine et y consommer encore plusieurs livres de pain. Il aime les liqueurs fortes, quoique leur usage l'incommode. Il est habituellement très relâché, et quand le besoin d'aller à la selle le prend, il est si pressant, qu'il est forcé de le satisfaire dans la chambre même, ce qui lui a valu des punitions à plusieurs reprises. Ses camarades se souviennent de l'avoir vu vomir de temps à autre, et quelquefois avec de grands efforts. Dès qu'il s'expose au froid ou à l'humidité, ou qu'il mange la nourriture de la caserne, il éprouve des coliques plus ou moins violens. On a remarqué que, dans ces derniers temps, elles augmentaient d'intensité. Il avait l'habitude de les combattre par de l'eau-de-vie. Depuis un an, qu'il s'est engagé dans le régiment, il n'a jamais fait de service régulier. Son maréchal-des-logis, rapporte que, dès qu'il était sous les armes, à cheval ou à pied, il était saisi d'un tremblement de tout le corps, se plaignait de coliques et se faisait renvoyer des rangs. Jamais cependant, il n'était venu à l'hôpital. Le lundi, 5 août, après avoir mangé sa ration à la caserne, il se rend dans une guinguette, où il se fait servir de la tarte aux œufs et du cidre; se sentant incommodé, il se fait reconduire en ville, vomissant en chemin, d'abord les alimens pris dans la journée, ensuite des matières noires. Les douleurs de ventre deviennent de plus en plus intolérables. On l'amène à l'hôpital dans la nuit. La peau est froide aux extrémités et au front; le pouls radial est nul, les mouvemens du cœur réduits à un frémissement obscur; face grippé, pâle, livide; yeux cernés, ternes, battus; ventre tendu, peu balonné; douleurs abdominales variant dans leur siége, intermittentes, soulagées par chaque vomissement, et qui, loin d'augmenter par le palper, deviennent plus tolérables par les frictions. Suppression des selles et des urines; vomissemens stercoraux. Il rapporte avoir déjà eu plus d'une semblable atteinte, et qu'alors les accidens ont cédé dès la réapparition des évacuations alvines. Sangsues, lavemens, bain, dont on est forcé de le retirer au bout d'un quart-d'heure, à cause de l'angoisse qu'il lui fait éprouver; sentiment d'anéantissement; haleine et langue froides; sueurs visqueuses; peau glacée partout ailleurs que sur le tronc. (Sinapisme.) Aucun trouble dans les idées. A dix heures du matin, le 6, il expire en vomissant. Au moment de la mort, tout l'abdomen prend une teinte ardoisée.

Nécropsie le 7, vingt-sept heures après la mort.

Estomac d'une capacité énorme; il contient, indépendamment de quelques peaux et noyaux de cerise, et de quelques fragmens de pommes de terre, un liquide d'un brun-verdâtre mêlé de grumeaux noirs, le tout de l'odeur stercorale la plus décidée. Les parois de la portion pylorique sont indurées, épaissies, mais la muqueuse n'a pas subi d'altération, l'ouverture du pylore a conservé sa largeur. Près du col de la vésicule biliaire on trouve, dans le duodénum, une ouverture assez grande pour pouvoir admettre le bout du doigt annulaire; elle est l'orifice interne d'une perforation de l'intestin, placée au milieu d'un ulcère à bords noirâtres, frangés, creusée dans une tumeur squirrheuse d'un blanc mat, criant sous le scalpel, et occupant les deux tiers du pourtour de l'intestin.

La muqueuse qui recouvre cette zône squirrheuse est d'un rouge uniforme, ardent, épaissie, fongueuse, mamélonnée, profondément sillonnée; une espèce de végétation ou de bourgeon, poussée sur elle, anticipe sur l'ouverture intestinale, dont elle retrécit un peu l'étendue. Deux ulcères, l'un petit, superficiel, rond; l'autre de la forme d'un triangle acutangulaire d'un demi-pouce de longueur, plus profond à sa base qu'à son sommet, sont placés à côté de la perforation. Son orifice péritonéal a la largeur environ d'une lentille; son pourtour est sali par le contenu de l'intestin. Le commencement de l'iléon contient une quantité très remarquable de mucus visqueux, fortement adhérent aux parois, et tellement abondant dans quelques endroits, qu'au premier aspect on l'aurait pris pour une fausse membrane: on y trouve aussi des matières stercorales libres. Plus bas, ce mucus perd de sa transparence, augmente d'épaisseur et se convertit en une espèce de bouillie jaunâtre. La terminaison de l'intestin grêle et le gros intestin sont pleins de fèces moulées. Les plaques folliculeuses de l'iléon sont considérablement tuméfiées, rugueuses, d'un blanc mat; quelques-unes sont ovalaires, mais nous en mesurons d'autres de plus de sept pouces de longueur, sur une largeur moyenne de cinq lignes. La muqueuse qui le recouvre est ramollie, surtout à leur partie centrale; mais, ni sur elles, ni dans aucune portion du tube digestif, hors du duodénum, nous ne trouvons d'ulcérations; ailleurs que là aussi la muqueuse est généralement d'un rose fort pâle, sans tachetures, stries ou arborisations rouges autour de la valvule iléo-cœcale, siége ordinaire de tant de désordres; on n'observe rien d'insolite.

Le gros intestin aussi ne présente rien de remarquable. Le péritoine, tant pariétal que péri-entérique et vésical, est partout d'un rouge ardent; en incisant sa cavité, il s'en échappe beaucoup de sérosité brunâtre. Dans le petit bassin se trouve environ une pinte de pus floconneux. Les circonvolutions intestinales sont agglutinées par une membrane molle, gélatineuse.

Ce fait offre un nouvel exemple de l'insuffisance des signes auxquels on peut reconnaître le siége, l'étendue et la nature des différentes altérations du tube digestif. M. le profes-

seur Andral, dans sa belle *Clinique médicale*, a déjà démontré, par de nombreuses observations, que les lésions infiniment variées dont l'estomac peut être le siége, ne sont pas annoncées par des signes spéciaux. On doit en dire autant de celles qui sont fixées dans l'intestin grêle. Qui est-ce qui, d'après ceux présentés par notre malade, avant la dernière atteinte qui a mis fin à ses jours, aurait pu présumer la dégénérescence squirrheuse partielle de l'estomac, et l'ulcération cancéreuse du duodénum. Quel rapport existait-il entre ces lésions graves et l'appétit vorace dont le malade était pourvu? est-ce à ces états morbides de l'entrée du canal digestif que nous demanderons compte de ses coliques fréquentes et de sa diarrhée habituelle? N'aurait-on pas conclu plutôt de la présence de cette dernière à une irritation chronique du gros intestin, ou du moins de la terminaison de l'intestin grêle, tandis que nous n'en avons découvert aucune trace sur le cadavre, et que ce n'est qu'à plusieurs pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale que nous avons rencontré la première plaque. Sans doute les vomissemens plus ou moins répétés, les coliques si fréquentes, et survenant aussi bien par un simple refroidissement des pieds que par l'usage d'alimens indigestes, annonçaient clairement une maladie du canal alimentaire, mais ces symptômes ne disaient pas qu'elle était sa nature, et n'en précisaient même pas suffisamment le siége. On donne comme symptôme du cancer intestinal, l'amaigrissement, la couleur jaune-paille du teint, des douleurs habituelles, qui entretiennent chez le malade une tristesse profonde; et cependant notre malade ne maigrissait pas; la conservation de la rondeur de ses formes attestait l'intégrité, la suffisance de la nutrition; il n'y avait rien de changé à la couleur de sa face, rien de souffrant dans ses traits, rien de triste dans son humeur; il recherchait la société des camarades, et s'y plaisait. Il est toutefois incontestable que la désorganisation gastro-intestinale était fort ancienne et en occupait une partie fort importante.

Ce n'est pas le seul point dans lequel cette maladie semble contredire les opinions généralement accréditées; le peu de sensibilité du ventre, alors que l'inflammation péritonéale s'est montrée si étendue et si intense, mérite encore de fixer notre attention. J'en avais déjà rencontré des exemples; mais comme il y avait alors, conjointement avec l'inflammation de la séreuse abdominale, congestion vers le cerveau, j'attribuai cette diminution de sensibilité à la compression de ce viscère. Mais ici n'existait rien de semblable; la tête du malade était libre, il entendait nos questions, y répondait pertinemment, et nous fournissait sur son état les renseignemens les plus complets. Lorsque la soudaineté des accidens graves survenus, pendant des efforts pour vomir, chez un sujet habituellement atteint de coliques, le froid glacial des extrémités, de la langue, de l'haleine et de la sueur, me faisaient diagnostiquer une perforation des tuniques intestinales, et un épanchement dans le péritoine, mes collaborateurs m'opposèrent, comme incompatible avec mon opinion, le peu de sensibilité du ventre, le caractère des douleurs, leur diminution après le vomissement, autant de symptômes propres, selon les classiques, à distinguer le simple étranglement de la péritonite.

Il est à remarquer qu'après avoir évacué la tarte aux œufs, cause occasionelle, sans doute, de l'indigestion qui produisit la déchirure, l'estomac rejetait, au fur et à mesure de leur accumulation, les matières corrompues et stercorales qu'y versait l'intestin, tout en conservant une partie des alimens ingérés la veille; preuve du choix que met le sens gastrique dans l'expulsion des matériaux dont la présence le blesse.

Je ne dirai rien du traitement. Quand le malade fut amené à l'hôpital, sa position ne laissait déjà plus le moindre espoir, et quand je le visitai, il était aux prises avec la mort. Le froid glacial, ce froid de cadavre dont son attouchement donnait la sensation, existait depuis son entrée, et aucun des moyens caléfacteurs n'en avait diminué l'intensité. Il n'existait pas seulement à la périphérie externe, la langue aussi était froide ainsi que l'haleine. Il coïncidait avec l'asphyxie, ou plutôt en était l'effet; car le sang n'étant plus projeté que faiblement par le cœur, la circulation se bornait aux environs et se concentrait surtout aux lieux où sévissait l'inflammation. Aussi observa-t-on que le tronc, mais surtout l'abdomen, avaient conservé leur chaleur, quand la face et les extrémités produisaient un contact glacé.

Concevant les faits de cette manière, je fus loin de partager l'étonnement excité par l'inefficacité des moyens caléfacteurs. Quels bons résultats, en effet, en attendre, quand l'abaissement de la température est due à l'inertie des contractions du cœur, plongé dans l'asthénie, par une violente perturbation, soit inflammatoire, soit sécrétoire, soit nerveuse, d'un ou plusieurs viscères. Avant d'avoir traité des cholériques, j'étais partisan des appareils caléfacteurs dans cette épouvantable maladie: je les avais entendu vanter, vu employer partout. Il n'était pas possible qu'écrivant sous l'influence de ces impressions, je n'en fisse pas l'éloge, et ne les plaçasse en tête des moyens de traitement. Mais j'en ai été promptement désabusé par l'expérience, et si j'écrivais de nouveau sur le choléra, loin de leur attacher la même importance je les colloquerais au nombre des moyens très accessoires, dont les bons effets sont complètement subordonnés à ceux des modificateurs par lesquels on pourra arrêter la sur-sécrétion gastro-intestinale, et rétablir la circulation du sang et son aération. Ceux-là sont, je le dis, malgré l'anathème dont les ont frappé quelques célébrités médicales de l'époque, et l'insuccès dont on prétend que leur emploi a été suivi au Val-de-Grâce, la saignée veineuse et la glace à l'intérieur.

Il n'est pas difficile, du reste, de reconnaître quel esprit a présidé, *chez plusieurs*, dans la proscription absolue de la phlébotomie pour le choléra. C'était la crainte seule d'accréditer l'opinion si haïe de sa nature inflammatoire. Etrange effet de l'esprit de système! semblable à quelques plantes vénéneuses, il trouble la vue, fait paraître les objets autres qu'ils ne sont, et fausse le jugement.

N'est-il pas universellement reconnu que ce n'est pas seulement dans les inflammations que la saignée est utile? Chaque jour ne constate-t-on pas son efficacité dans les flux, dans les congestions résultant de simple stase, et dans d'autres modifications vitale étrangères à l'inflammation? Mais l'école physiologique avait proclamé la nature phlogistique du choléra. On s'imaginait qu'en admettant l'utilité de la

saignée, on servirait sa cause ; et sans daigner approfondir les raisons que faisaient valoir en sa faveur tous les médecins de l'Inde, et plusieurs de ceux qui avaient traité le choléra en Europe, on la repoussa tout d'abord et dans toute son étendue, même avant d'en avoir fait l'essai. Je ne partage par les idées de M. Broussais sur l'essence inflammatoire du choléra; mais l'expérience m'a appris que la saignée de la veine y est plus utile que tous les autres moyens, et, chose pour laquelle je n'aurais eu, du reste, aucun regret, ma théorie ne s'en est pas trouvée ébranlée.

Puisque j'ai parlé du choléra, j'ajouterai encore que rien ne me semble plus irrationnel, plus antiphysiologique, je dirai même, plus téméraire, que ces injections qu'on a conseillé de faire dans les veines des cholériques, afin de rendre au sang le sérum ou les sels dont on prétend qu'il est dépourvu. *Irrationnel*, en ce qu'on cherche la cause de la maladie dans ce qui n'est qu'un de ses effets. *Anti-physiologique*, puisqu'on méconnaît l'autocratie de la vie dans tous les actes de son domaine, et qu'on affecte la prétention de composer du sang de toutes pièces, sans son intervention. Je l'ai dit ailleurs, les indications dans le choléra ne sont pas de rendre des alimens au sang, mais de réveiller de leur atonie les agens vitaux qui doivent accomplir l'ématose. *Téméraire*, en ce qu'il n'est donné à personne de savoir dans quelle proportion les élémens du sang sont chez chaque cholérique, et que l'introduction, dans cette humeur, de corps étrangers inassimilables, ne peut qu'ajouter un nouveau trouble à ceux dont les organes de l'hématose sont déjà agités.

Le bon sens a fait justice, je le sais, de ces tentatives ; il n'est cependant pas superflu d'en démontrer l'absurdité, à une époque où, sous l'égide de quelques noms révérés, la chimie veut ressaisir le sceptre de la médecine, et traiter les corps humains comme une capsule ou un creuset, dans lesquels les opérations marchent avec autant de régularité que dans ses laboratoires.

AMPUTATION DE LA VERGE.

Réfutation de l'Opinion que M. VELPEAU *a émise sur un procédé proposé en* 1829 *pour cette opération;*

Par M. le docteur BARTHÉLEMY (de Saumur),

Chirurgien de l'hôpital militaire de la rue Blanche.

S'il m'est permis d'attacher un certain prix à quelques idées nouvelles, que j'ai émises sur différens points de chirurgie, j'avoue que c'est à mon procédé pour l'amputation de la verge que je tiens le plus. Aussi ce n'a point été sans surprise ni sans peine, que j'ai vu la manière peu favorable dont M. Velpeau en parle, dans les *Nouveaux Elémens de Médecine opératoire*. Il est évident, comme je vais le démontrer, que ce praticien a porté un jugement sur ce procédé, sans en avoir pris une entière connaissance. Voici en quels termes il s'exprime (tom. III, pag. 570, article AMPUTATION DE LA VERGE) :

« *Modification de M. Barthélémy*. Quelques personnes ayant prétendu qu'il est parfois difficile de retrouver l'orifice du canal de l'urèthre au fond de la plaie, un jeune chirurgien (M. Barthélemy) a imaginé de placer la sonde avant de commencer l'opération, et de la trancher en même temps que le pénis, afin qu'elle se trouve ainsi tout naturellement coupée du même trait. C'est une modification qu'on pourrait adopter ou rejeter à peu près indifféremment, si elle n'exposait pas à voir la portion postérieure du tube s'échapper dans la vessie, et si la section de cet instrument ne rendait pas un peu plus difficile celle du reste de la verge. On sent bien en outre que, pour un homme doué de quelques connaissances anatomiques, la recherche du conduit urinaire ne sera jamais une affaire bien embarrassante. »

De mon côté, voici ce que j'avais dit, lorsque je proposai mon procédé, dans le *Journal universel des Sciences médicales*, en août 1829, page 210.

« On introduira dans le canal, avant l'opération, une sonde en gomme élastique, que l'on fera pénétrer aussi avant que possible dans la vessie. Un aide, dont les doigts seront placés tout près du pubis, la maintiendra immobile, en pressant le canal sur elle. L'opérateur coupera alors d'un seul et même coup la verge et la sonde, qu'il retirera en la saisissant avec des pinces. Ce dernier temps de l'opération deviendra, je crois, inutile, parce que les tissus, en se rétractant, laisseront cette sonde un peu à découvert, et que d'ailleurs elle sera poussée au-dehors par la réaction des parois de la vessie, contre lesquelles elle arc-boutera.

» On aura de suite un levier, au moyen duquel on pourra porter dans tous les sens le petit moignon ; la recherche des vaisseaux deviendra plus facile et les douleurs seront abrégées. »

Maintenant, je le demande, comment, après avoir lu cet exposé, M. Velpeau a-t-il pu rejeter, en quelque sorte, mon procédé, à cause de la crainte qu'il a de voir le bout postérieur de la sonde s'échapper dans la vessie, lors de la section du pénis? Sur quoi fonde-t-il cette crainte, quand il voit que le bout de la sonde qui est engagé dans la vessie arc-boute solidement contre la paroi postérieure de cet organe, et que du reste elle est maintenue immobile au-dehors par la main d'un aide, qui, avec le pouce et l'index de la main gauche, presse les tissus sur elle?

L'accident que redoute M. Velpeau est évidemment impossible, et ses appréhensions à ce sujet sont sans fondement. Au reste, voici des faits :

M. Poirson, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, avait, il y a quelque temps, dans son service, une verge à amputer. Il désira opérer d'après mon procédé. Je fis faire une sonde bien moelleuse, bien flexible, et ayant quelques pouces de longueur de plus que les sondes ordinaires : au moment de l'opération, je l'introduisis dans la vessie du malade et la poussai jusqu'à ce que je me sentisse arrêté par un point résistant. Ceci fait, je saisis avec l'index et le pouce de ma main gauche la verge et la sonde qu'elle contenait, tout près du pubis ; ma main droite servit à maintenir immobile le bout libre de cette même sonde. Alors M. Poirson, armé d'un petit couteau à amputation, abattit

d'un seul coup verge et sonde, en faisant agir vivement son instrument de la base à la pointe. Il me dit aussitôt que la difficulté que la sonde lui avait offerte, dans le moment de la section, était si petite, qu'elle ne valait pas la peine qu'on y fît attention. (Remarquez que cela répond à une autre crainte, mal fondée, de M. Velpeau.)

Lorsque la verge fut amputée, la sonde coupée parut au centre de la plaie, dépassant d'environ une ligne les tissus qui s'étaient rétractés. Il m'était bien facile de la saisir; mais comme je voulais vérifier toutes mes prévisions, j'annonçai aux assistans que j'allais laisser la sonde libre; je la lâchai en effet, et tout le monde put la voir saillir hors de la plaie, de plus d'un pouce.

Je m'en emparai alors, et, suivant le désir de M. Poirson, je l'inclinai, tantôt à droite tantôt à gauche, pour faciliter la recherche et la ligature des artères.

Si un fait aussi concluant que celui-là ne suffisait pas pour porter la conviction dans l'esprit de M. Velpeau, je lui dirais qu'à Troyes, M. Bedor, aidé de mon collègue et ami le docteur Fourcade, a pratiqué l'année dernière une amputation de verge d'après mon procédé, et que les choses se sont passées exactement comme dans le cas précédent.

Lorsque M. Velpeau dit, à la fin de l'article qui me concerne, que pour un homme doué de quelques connaissances anatomiques, la recherche du conduit urinaire, après la section, ne sera *jamais* une affaire bien embarrassante, il commet une erreur. Sans rapporter quatre ou cinq faits que je connais, et qui m'autorisent à produire une assertion tout opposée, je ne citerai que le suivant :

M. Béclard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, ayant pour aides MM. Casimir Broussais et Baudens, ampute une verge. Il veut, après l'opération, placer une sonde dans le canal de l'urèthre, il ne peut le retrouver. Il cherche pendant un quart-d'heure, mais en vain. Ses deux aides, que l'on ne pourra certainement pas dire dépourvus de *quelques connaissances anatomiques*, se mettent l'un après l'autre à la recherche du canal, et ne sont pas plus heureux que l'opérateur. On se plaît à penser que lorsque le malade urinera, le canal redeviendra apparent. Vain espoir. Le patient éprouve bien des envies d'uriner, mais il ne peut les satisfaire. Elles deviennent insupportables. On est forcé de pratiquer la ponction sus-pubienne; un épanchement urineux a lieu, et le malade succombe...

Ainsi donc, la difficulté que l'on éprouve pour retrouver le canal, après la section, n'est point imaginaire, et d'ailleurs, M. Velpeau semble lui-même le reconnaître, en disant, dans le même chapitre, et quelques lignes plus haut :

« L'urèthre offre encore ceci de remarquable, que sa paroi libre s'adosse très facilement à celle qui est adhérente; de façon *qu'il se cache* presque toujours à la circonférence de la plaie aussitôt après l'amputation. »

D'ailleurs, ne serait-ce que pour éviter les tâtonnemens et les longueurs que la recherche du canal entraîne, qu'il vaudrait mieux, à mon avis, placer la sonde avant d'opérer.

Je me résume et dis :

1° Que la crainte que M. Velpeau a de voir le bout postérieur de la sonde se précipiter après l'opération dans la vessie est tout-à-faite chimérique;

2° Que celle qu'il a, que l'instrument de l'opérateur ne soit arrêté par la section de la sonde, n'est guère plus fondée;

3° Que la recherche du canal de l'urèthre, après l'amputation, est *toujours* pénible, *souvent* difficile, et *quelquefois* infructueuse;

Et 4° qu'enfin mon procédé, qui, en obviant à ces inconvéniens, a l'immense avantage de rendre l'opération aussi rapide que l'éclair, mérite de fixer l'attention des praticiens et celle de M. Velpeau en particulier.

ENTÉRITE ET AORTITE CHRONIQUES.

Dilatation de l'Aorte abdominale. — Guérison.

Observation recueillie par M. BOMBELON,

Médecin des Douanes, à Villers-la-Montagne (Moselle).

Madame Desinder, demeurant à Autun-le-Miche (Moselle), née à Vanloo (Hollande), âgée de cinquante-cinq ans, réglée à onze et ayant cessé de l'être à cinquante, d'une constitution très délicate, n'ayant jamais eu d'enfans, fut atteinte, au moins de janvier 1829, sans cause connue, sans prodrôme d'orthopnée, de suffocation au moindre mouvement, de battement des artères, d'anorexie, de coliques, de sensibilité de l'abdomen au toucher, de constipation, de peu de fièvre sans soif.

Après un traitement convenable sans doute, mais dont je ne peux indiquer la durée non plus que les moyens employés, madame Desinder se trouva assez bien rétablie pour reprendre ses occupations ordinaires, sauf des coliques et une difficulté extrême d'aller à la garde-robe.

Au mois de mars 1832, les symptômes précités reparurent avec plus d'intensité que la première fois, et des lipothymies qui survinrent rendirent l'état de la malade beaucoup plus inquiétant. Le médecin qui la traita alors employa divers moyens, entre autres une saignée locale, sans le moindre succès.

Un peu avant l'invasion de ces symptômes (1832), elle avait éprouvé, dit-elle, en levant brusquement les bras, une sensation particulière à la région épigastrique, comme quelque chose qui se serait détaché ou déchiré (ce sont ses propres expressions), et dès ce moment des battemens se firent sentir à l'épigastre et augmentèrent ensuite progressivement.

Une consultation fut décidée; j'y fus appelé vers la fin du mois d'avril et chargé du traitement.

Voici l'état dans lequel je trouvai la malade :

Battemens pulsatifs très violens à l'épigastre; ceux du cœur sont faibles, ainsi que ceux des artères; le cylindre appliqué à cette région fait entendre des pulsations simples, mais dans une grande étendue. Point de fièvre ni de soif. Plusieurs lipothymies, altérations des traits de la figure, pesanteur de la tête et céphalalgie continuelle, pthyalisme,

anxiété. Lorsque la malade est tranquille, la respiration est naturelle; la poitrine ne paraît nullement souffrir. L'abdomen est très douloureux, fortement contracté et parsemé de grosseurs plus ou moins considérables, qui disparaissent presque totalement ainsi que les coliques qui tourmentent souvent la malade; selles rares, presque nulles, et qu'on ne peut obtenir qu'au moyen de lavemens fréquens. Teint livide, maigreur extraordinaire et affaiblissement extrême, produits par le profond chagrin que la malade ressent de sa position.

Diagnostic. Entérite et aortite chronique, dilatation de l'aorte abdominale.

Traitement. Repos et diète absolue; saignées locales, tantôt sur les régions épigastrique et abdominale, tantôt aux extrémités inférieures, et renouvelées deux fois par semaine. Les saignées générales paraissent dangereuses, à cause des syncopes qu'elles occasionent. A l'intérieur, la digitale pourprée, administrée matin et soir, d'abord à la dose d'un demi-grain, ensuite et progressivement jusqu'à un grain et demi; sirop de pointes d'asperges, d'abord deux cuillerées à bouche par jour, et ensuite jusqu'à cinq à six. Frictions, deux fois par jour, à l'épigastre avec la teinture de digitale pourprée, et dans les intervalles, application de compresses d'eau froide. Deux frictions aussi par jour, sur l'abdomen, avec la pommade d'hydriodate de potasse ioduree, et, dans les intervalles, cataplasmes émolliens tièdes; deux lavemens émolliens par jour.

Quoique les saignées réitérées eussent extrêmement affaibli la malade, et qu'elle fut, pour ainsi dire, réduite à l'extrémité (Valsalva et Albertini), on continua ce traitement avec persévérance. La maladie resta stationnaire jusqu'au 17 septembre; alors un mieux se manifesta presque spontanément: la malade eut plusieurs selles, sans le secours des lavemens; les grosseurs produites par la maladie du tube intestinal diminuèrent beaucoup; le ventre devint plus élastique, les battemens moindres et dans une moindre étendue, le sommeil et l'appétit revinrent. Enfin, au commencement d'octobre, la malade était en pleine convalescence, et aujourd'hui, 25 juin 1833, elle se porte très bien.

Cette maladie et sa guérison ne sont pas sans exemple; cependant le cas est assez rare pour mériter d'être publié. Je regrette de ne pouvoir donner des détails plus précis sur le commencement de la maladie, et sur le premier traitement; mais je n'ai jamais vu le médecin qui le dirigeait, et madame Desinder ne put donner aucun renseignement sur les moyens employés.

MÉMOIRE SUR LE MAL D'ESTOMAC OU LANGUE BLANCHE,

Maladie des colonies, fréquente surtout à la Martinique;

Par. M. G. NOVERRE,

Médecin à Saint-Pierre-Martinique, Docteur en Médecine de la Faculté de Médecine de Paris, ancien interne des Hôpitaux de la même ville.

Parmi les maladies qui attaquent les Nègres de nos colonies, la plus commune, après la dysenterie, est sans contredit celle vulgairement appelée mal d'estomac. Cet état morbide est inconnu aux médecins qui n'ont point parcouru les Antilles, et paraît avoir été négligé, eu égard à sa description, par presque tous; car je ne connais de cette maladie qu'une narration, qui se trouve dans un volume du *Journal de Médecine*, rédigé par notre ancien et respectable doyen M. Leroux.

On s'étonne de ce silence, lorsqu'on a exercé plusieurs années à la Martinique: est-il dû à l'habitude de voir tous les jours une maladie qu'il est difficile de méconnaître, puisque les Nègres eux-mêmes ne s'y trompent pas? ou ne tiendrait-il pas plutôt à la négligence des observateurs, qui, sous la zône torride, harrassés par les travaux journaliers, ne se sentent ni la force ni le courage de mettre en ordre, pour l'impression, tant de matériaux précieux pour la science et l'humanité?

Malgré cette situation physique et morale qui m'est personnelle, je vais m'efforcer de donner la description succincte de cette maladie inconnue en France. J'y joindrai les lésions que m'ont fournies les ouvertures de cadavres, et enfin un aperçu des divers traitemens employés, et de celui que j'ai cru le plus rationnel et qui a été le plus heureux en résultats.

Cette maladie n'épargne ni le sexe ni l'âge; cependant elle est rare avant la sixième année et après la trente-sixième. Elle est plus commune vers l'âge de puberté, ou quelques années après, surtout chez les jeunes Négresses qui éprouvent des retards dans l'apparition de l'écoulement menstruel.

Les causes, au premier abord, paraissent très obscures. Les Nègres répondent si vaguement aux questions qui leur sont faites, qu'il est très difficile, surtout pour un médecin peu habitué, de remonter à la cause première, et même à l'origine fixe de la maladie. Cependant, parmi les causes naturelles, je désignerai:

Le tempérament lymphatique, assez rare chez les Nègres;

L'usage des liqueurs spiritueuses en excès, particulièrement du tafia;

Le goûts dépravés, par exemple celui pour la terre, les matières calcaires;

Des contusions violentes sur la région épigastrique;

La suppression des règles;

La répercussion de la gale, maladie très commune chez les Nègres, surtout chez ceux qui sont nouvellement débarqués;

La répercussion de toute autre maladie cutanée.

Les affections morales, qui en sont plutôt, en général, l'effet, ont paru quelquefois en être cependant une cause déterminante.

Enfin, au premier rang, doit être placée l'action des substances vénéneuses, administrées à doses brisées; et ceci constitue une cause non naturelle.

Le nom de mal d'estomac, qui désigne si naturellement le siége de la maladie, me paraît tout-à-fait convenable; il est expressif, et peut faire comprendre l'ensemble des phénomènes divers qui constituent une maladie *sui generis*: je le conserverai. D'ailleurs discuter sur les mots en médecine, c'est parler pour ne rien dire d'utile.

Cette maladie, endémique sous la zône torride, mais surtout à la Martinique, n'est jamais épidémique ; elle attaque çà et là quelques Nègres d'une habitation. Mais on peut être assuré que, là où elle se manifeste, elle ne sera pas sporadique, et qu'elle attaquera un plus grand nombre d'individus, dont la plupart finiront par succomber.

Rarement simple, elle est le plus souvent compliquée de la lésion des organes digestifs en masse, de celles des bronches et du cœur, et surtout d'une grande altération du sang, qui augmente avec l'accroissement du mal.

Symptômes. Première période. Les premiers symptômes sont, pour l'ordinaire :

Un état marqué de tristesse et de nonchalance dans toute l'habitude ; une pesanteur de tête avec céphalalgie vague et sentiment d'étourdissement, qui fait craindre au malade de ne pouvoir marcher sans tomber, surtout lorsque le soleil frappe le sol perpendiculairement.

La soif est ardente.

L'appétit est nul ou dépravé.

C'est surtout dans cette maladie que l'on peut apprécier jusqu'où peut aller la dépravation du goût.

Les uns mangent de la terre ; les autres de la craie ou de la chaux. Tout ce qui se rapproche des matières calcaires est dévoré par les malades avec une avidité remarquable ; et les murs des chambres qu'ils habitent offrent des traces de destruction qui ne permettent pas de douter du genre de dépravation du goût. Les substances le plus bizarres et les plus dégoûtantes, comme les excrémens humains, sont souvent choisies par eux de préférence. Il paraît que cette sensation permanente de faim anormale, chez des malades qui manquent de l'appétit naturel, que cette sensation, dis-je, se trouve calmée par ces substances, mais pour un temps seulement, et qu'une fois l'action produite, l'irritation devient plus intense, et commande aux malades de réitérer l'ingestion d'une substance qui leur avait procuré un soulagement momentané.

Ce qu'il y a de fort singulier, c'est que la maladie, qui très souvent a débuté par des vomissemens abondans, n'en présente jamais dans le reste de son cours, si ce n'est dans ce premier degré ; même dans ce cas, ils sont rares et de peu de durée.

La langue, sans être précisement sèche, n'est point humectée ; on peut y passer le doigt, sans qu'il offre la moindre humidité ; elle est rougeâtre sur ses bords, et le reste est déjà frappé d'une pâleur remarquable. Son tissu est malade, tuméfié, et rarement recouvert de mucus ou d'enduit, caractère des plus frappans. Les régions épigastrique et sternale sont très douloureuses ; les malades y accusent une chaleur simulant une brûlure, qui porterait ses rayons jusqu'au milieu du thorax. La pression est douloureuse ; elle fait reconnaître un ballonnement prononcé du ventricule.

Le bas-ventre n'offre rien de remarquable ; quelquefois il se trouve un peu balonné ; il y a souvent constipation, quelquefois diarrhée ; et dans ce dernier cas, les malades indiquent une douleur qui parcourrait en cercle tous les intestins, surtout le colon.

La respiration est déjà haute et accélérée. La marche précipitée, la course, produisent de l'essoufflement et de l'accroissement dans la douleur.

La circulation est sensiblement accélérée, surtout au moindre acte précipité. Les battemens du cœur sont sensibles sous la main, et déjà à l'œil nu. Le pouls est fréquent, petit, assez souvent concentré, sans être dur. Déjà les jugulaires commencent à battre.

Le visage est moins noir, commence à perdre de son luisant ; il n'est pas rare d'observer déjà une légère bouffissure de la face.

La peau est brûlante, sèche ; il y a fièvre évidente. Les sueurs sont nulles.

Si les jeunes Négresses n'ont pas encore été réglées, les menstrues n'apparaissent pas, ou bien elles se suppriment chez celles qui les ont eues, et la guérison seule amène leur retour ou leur apparition.

La première période de cette maladie peut durer deux ou trois mois.

Deuxième période. Alors on voit les symptômes s'exaspérer. Le Nègre se décourage ; le plaisir, le travail, même pour ses intérêts, lui sont à charge. Les étourdissemens sont presque continuels. Le dégoût et la dépravation de l'appétit sont plus prononcés. Il survient une diarrhée brune ou noirâtre, qui tient en supension des matières comme calcaires ou terreuses ; souvent alors une grande quantité de vers est rendues par les selles. La douleur de l'épigastre, sans augmenter, persiste ; la tension y est plus forte. La rougeur de la langue a disparu et la pâleur est plus prononcée ; cependant cet organe présente encore un caractère *ad hoc:* il est lisse et luisant, son tissu est comme mâché, son contour offre presque toujours l'impression des arcades dentaires ; ses papilles sont devenues imperceptibles. La soif est moins vive, mais toujours prononcée.

La respiration et la circulation paraissent plus embarrassées, et la couleur noire de la peau a fait place à une teinte brune livide.

Les battemens des jugulaires sont extraordinaires, même dans les momens de repos ; ils sont continuels, et font croire à une maladie grave du cœur, qui le plus souvent n'existe pas. On y croirait d'autant plus, qu'à la bouffissure du visage se joint l'œdème des pieds et des mains.

Le corps est chaud et sec ; les extrémités seules sont froides, et déjà l'on remarque dans les membres une flaccidité et une mollesse qui annoncent une grande anémie.

Cet état persiste plus ou moins longtemps, à cause des traitemens variés qui sont employés pour le combattre. On a vu des malades traîner un an et plus, avant de tomber dans le dernier degré, qui toujours est sans ressource.

Troisième période. Alors, en effet, au plus grand découragement vient se joindre une grande faiblesse. Le teint de la peau est jaune-pâle, les yeux sont languissans, les conjonctives jaunâtres et infiltrées. Le décubitus presque continuel. Les articulations sont raides et douloureuses, surtout celles des extrémités inférieures. Aussi le malade craint-il la progression ; il se couche et s'abandonne à son propre poids. L'anasarque est complète, ou bien le marasme existe avec l'œdème du visage, des pieds et des mains. La langue ainsi que les gencives semblent ramollies, et couvertes de muguet. La première est molle, cotonneuse, d'un blanc mat et tellement caractéristique qu'elle porte le nom de *langue blanche.* On n'y reconnaît plus de vestiges de pa-

pîles, même à la base. Les secondes sont pâles comme la langue, exsangues et ramollies, de même que les muqueuses apparentes.

Dans certains cas, l'appétit et la soif sont tout-à-fait nuls. Dans d'autres, les malades demandent constamment à manger; le manger seul soulage la douleur épigastrique; ils demandent même des vins généreux et des liqueurs fortes, qui ne font qu'accélérer leur mort.

Néanmoins la couleur si vive de l'estomac est quelquefois nulle, excepté à la pression; elle se change plus souvent en sensation de faim canine. Le ventre est peu sensible; il se tuméfie, se tend, et déjà l'on y reconnaît la fluctuation d'un liquide. Quelquefois, au contraire, lorsque le marasme est porté à son comble, la diarrhée devient excessive et le ventre *se plaque au dos*. Ce phénomène se présente sur ceux des malades qui résistent le plus longtemps.

Les pouls bat 150 pulsations par minute, et devient faible, petit, filiforme, insensible. Les jugulaires battent avec autant de fréquence que le pouls.

La respiration se précipite tellement, ainsi que les battemens du cœur, que les pulsations empêchent le malheureux malade de goûter quelques minutes de repos. Son corps, tout, lui devient à charge; et c'est au milieu de tous ces symptômes, qui peuvent durer quelques semaines, que les malades succombent au moment où on s'y attend le moins, et toujours couchés sur le ventre.

Ouverture du cadavre. S'il m'eût été permis de pratiquer l'autopsie de tous les malades que j'ai vus succomber, je pourrais fournir un tableau complet de toutes les lésions de tissus qui s'observent dans tous les degrés de cette maladie. Mais, soit par crainte, soit par répugnance, les propriétaires m'ont généralement refusé l'ouverture des cadavres. J'en ai observé cependant un assez grand nombre avec soin, pour donner le résultat de mes recherches.

Crane. A l'ouverture du crâne, j'ai constamment trouvé une assez grande quantité de sang violacé dans les sinus et dans les veines du cerveau. L'injection artérielle est rarement prononcée; aussi la masse encéphalique est-elle presque toujours flasque.

Les membranes paraissent saines. Une assez grande quantité de sérosité se trouve épanchée dans les ventricules.

Thorax. Les poumons sont ordinairement sains, crépitans, mais d'un pâleur remarquable; souvent même l'engouement ordinaire des agonisans n'existe pas.

Souvent, et surtout à gauche, les plèvres contiennent quelques verres de sérosité citrine.

Le péricarde en contient également le double de la quantité naturelle.

Le cœur est pâle et flasque, souvent volumineux par dilatation; et si l'on rencontre une hypertrophie du ventricule gauche, on observe qu'elle existe toujours sur des hommes qui avant leur maladie, avaient été remarquables par leur force et leur agilité, et qui, pour la plupart, n'avaient jamais donné aucun signe d'une maladie du cœur. C'est en coupant l'organe en deux qu'on apprécie sutout la mollesse de son tissu, qui se déchire au moindre effort, et en quelque sorte plus facilement qu'on ne le coupe.

Vous remarquez alors très distinctement la dilatation de toutes les cavités, mais particulièrement des oreillettes du ventricule droit. Celui-ci est ordinairement rempli d'un fluide sans consistance et tout-à-fait analogue à de l'eau rougie par un de nos vins violets. Jamais on ne rencontre de concrétions albumineuses; le sang semble en être dépourvu.

Artères. Les artères ne m'ont rien offert de particulier, seulement l'aorte m'a présenté quelques taches violettes, ou une teinte uniformément violacée dans toute la crosse.

Bronches. En examinant les bronches de bas en haut, on observe que plus on monte vers le larynx, plus la membrane muqueuse offre d'épaisseur et de pâleur. On y aperçoit souvent des traces de muguet chronique, et il n'est pas rare d'en rencontrer sur l'épiglotte, même sur les cordes vocales. Je dis de muguet, par la ressemblance au premier abord; car cet état cotonneux existe réellement aux dépens de la muqueuse épaissie, qui semble recouverte de petites écailles molles, blanches, aussi minces que l'épiderme. La langue, après la guérison, ne présente jamais de papilles, ce qui prouve qu'il y a eu réellement destruction de l'épitélium.

Appareil digestif. L'*œsophage* est quelquefois sain; mais, dans les deux tiers des cas, il est épaissi dans toutes ses tuniques. Alors il est tapissé, dans toute son étendue, par une mucosité épaisse, analogue à cette sécrétion qui recouvre les intestins phlogosés depuis très longtemps. C'est en examinant avec attention ces œsophages que, en 1822, je reconnus la frange comme perlée (ou albuginée) du cardia. Je crus, au premier abord, à une ulcération de l'estomac, et je pensai que là la membrane muqueuse se trouvait enlevée comme avec un emporte-pièce; mais ayant, plus tard, rencontré la même conformation, je reconnus que c'était un état anatomique normal, qui jusqu'alors m'était inconnu. Il y a deux ans seulement que j'ai connaissance de cette même remarque, faite par M. Amussat ou M. Blandin.

La cavité abdominale contient presque toujours une assez grande quantité de sérosité citrine, dans laquelle nagent les intestins et les autres viscères.

Estomac. L'estomac et les intestins sont pâles à l'extérieur, souvent boursouflés par l'infiltration de la séreuse, qui, quelquefois, est emphysémateuse.

La muqueuse de l'estomac est ordinairement d'un pâle un peu jaune; les replis en sont entièrement *effacés;* il n'en reste pas vestige, et la teinte est tellement uniforme qu'on croirait que depuis longtemps le sang ne circule plus dans les vaisseaux. C'est sans doute à cet état morbide qu'on doit rattacher le manque de vomissement dans les deux derniers degrés de la maladie, la membrane musculeuse, sans force et sans contraction, ne pouvant plus contribuer pour sa part à la production de ce phénomène. Frotte-t-on avec le dos du scalpel ou la lame du bistouri, on enlève avec facilité un mucus comme purulent, qui adhère à peine et que le moindre lavage détruit. Lavez-vous la muqueuse? vous la tendez facilement comme une toile unie; vous n'y apercevez ni saillie, ni enfoncemens, ni cryptes muqueux, ni bouches absorbantes; elle est lisse comme la langue dont j'ai parlé. Néanmoins c'est avec la plus grande facilité que vous détachez la membrane, soit avec le scalpel, soit avec les ongles.

Quant à l'épaisseur des tuniques, elles offrent ceci de particulier, c'est que, tandis que partout ailleurs on observe un épaississement, ici l'on rencontre constamment un amincissement remarquable; l'estomac est presque transparent.

Intestins grêles. En ouvrant le tube digestif dans toute sa longueur, on remarque que le duodénum est particulièrement altéré; que ses parois ont doublé au moins d'épaisseur, surtout la muqueuse, qui est recouverte d'une bile rare, jaune, très claire et tapissée d'une mucosité comme purulente.

Les intestins grêles sont très boursouflés à l'extérieur, comme macérés; ils sont pâles. On ne peut apprécier au juste l'altération de la membrane muqueuse; mais la pâleur, la rareté des valvules, ne permettent pas de dire qu'elle soit saine. On observe, surtout vers la fin de l'iléon, presque constamment un épaissement remarquable de cette tunique, avec développement marqué des follicules muqueux.

Gros intestins. Le colon, le cœcum et le rectum, au contraire, sont le siége d'altérations évidentes. Ils n'offrent cependant jamais d'ulcérations. Toutes les membranes en sont considérablement épaissies, même la musculeuse. Malgré cet état, vous observez la même pâleur partout; en grattant, vous obtenez la même matière purulente.

C'est surtout au colon que le boursouflement de la séreuse est considérable; quelquefois il a près de 4 à 5 lignes.

Les glandes mésentériques sont ordinairement durcies, volumineuses; elles seules paraissent quelquefois injectées en rouge-noir.

Les autres viscères sont sains et ridés seulement, comme tous ceux qui sont en macérations.

Pour terminer, nous dirons que le corps est *anasarque;* que quelquefois les extrémités seules sont infiltrées; que les muscles sont grêles et flasques, et que le sang est toujours violet, liquide et presque entièrement séreux.

Telles sont les altérations que j'ai pu apprécier après la mort, altérations qui m'ont engagé à suivre, pour les combattre, une méthode de traitement plus rationnelle que celles généralement adoptées.

Traitement. Il paraît que cette maladie existe depuis si longtemps, qu'il est impossible de connaître l'époque où elle parut pour la première fois. Ses remèdes ne manquent pas, en apparence, car chaque habitant prétend posséder une panacée pour la guérir. Parmi les moyens employés, les uns sont perturbateurs et dangereux; les autres, toniques et réparateurs, semblent réellement avoir été indiqués par les médecins judicieux qui exerçaient sans doute dans les campagnes.

Les premiers consistèrent et vomitifs en purgatifs drastiques; aussi tous les malades succombaient-ils à ce traitement. Des espèces de naturalistes, se donnant pour grands connaisseurs de l'action des plantes actives du pays, ont suivi la même marche; quelques succès leur ont donné de la vogue parmi les esprits crédules, et par conséquent plus de victimes à enterrer.

Les remèdes nouveaux les plus dangereux, tels que la médecine du célèbre Leroy, qui a tué plus de monde que la vaccine n'en a épargné, furent toujours employés avec enthousiasmes aux colonies; aussi ont-ils été mis en usage contre le *mal d'estomac.* Quelques succès encore augmentèrent ensuite le nombre des victimes.

Il en a été de ces purgatifs comme de tous les moyens empiriques, qui tuent presque toujours, mais qui guérissent quelquefois par hasard.

Avec le temps, des médecins instruits vinrent s'établir dans les campagnes. Ils distinguèrent, comme nous, la maladie des organes digestifs et l'altération du sang. Mais plus humoristes, ils ne virent le plus souvent qu'une altération dans les humeurs. Ils administraient d'abord un vomitif, purgeaient ensuite, puis donnaient des toniques végétaux et quelquefois les ferrugineux, surtout l'oxide de fer. A l'aide de ces moyens, beaucoup de malades atteignaient une convalescence solide, si la cause première de la maladie était éloignée. Cette cause qui, pour moi, réside neuf fois sur dix dans l'action d'une substance vénéneuse, donnée à doses brisées, a paru évidente à tous les médecins qui exercent dans les campagnes. Il est impossible aujourd'hui de conserver de doute à cet égard, et de ne pas expliquer de cette manière la raison pour laquelle on ne rencontre cette maladie que sur les habitations qui éprouvent des pertes en bestiaux ou en Nègres.

Ces antécédens étant donnés, pour notre part, nous considérons donc cette affection comme une phlegmasie primitive de l'estomac et des organes digestifs, mais avec cela de particulier que la période d'acuité, en quelque sorte, nous échappe. Aussi pouvons-nous presque ajouter que nous avons toujours à faire à une maladie chronique dès son origine, et jamais à un état morbide aigu.

La grande ressource des moyens antiphlogistiques puissans nous manque donc, pour enrayer, *juguler,* en quelque sorte, la maladie dans son principe, puisque nous n'avons le plus souvent à combattre qu'une maladie compliquée, qui nous offre irritation d'une part, et de l'autre faiblesse, avec altération du sang manifeste.

Cependant, lorsque les forces du sujet le permettent, et surtout s'il est jeune, s'il a été vigoureux, nous ne balançons pas, malgré la bouffissure, à pratiquer une ou deux saignées. J'ai ainsi quelquefois tiré près de vingt onces de sang sur un seul individu. Le sang m'a paru toujours le même; il est très fluide, bleu-violet; il ressemble plutôt à de l'eau rougie qu'à du sang, tant est grande la quantité de sérosité. Il se coagule lentement, et son caillot est minime et peu consistant. Il m'est quelquefois arrivé de trouver sur le caillot une légère parcelle d'albumine coagulée; dans ce cas surtout, j'ai constamment pratiqué une seconde saignée, et c'est presque toujours alors que j'ai pu répondre de la guérison, certain que j'étais des ressources que m'offrait le sujet malade, pourvu toutefois que, dans sa convalescence, on l'éloignât de toute cause malfaisante.

J'ai souvent appliqué des sangsues sur l'épigastre et à l'anus: je n'en ai jamais obtenu de résultats satisfaisans; la saignée m'a toujours paru préférable.

Les adoucissans de toutes les espèces, les gommeux, le lait, doivent être administrés, et surtout le *grand lait.*

Mais il ne faut pas s'abuser: ces moyens ne peuvent être mis longtemps en usage. Il faut se hâter de modifier la sensibilité des bouches absorbantes du tube digestif, afin de faciliter l'élaboration des substances alimentaires, sinon la diarrhée qui survient, annonce que rien n'est digéré, et que le tube

digestif est inerte, et dans un état d'anémie caractérisé par la pâleur des tissus.

Nous avons employé tour à tour les toniques et les astringens de toute espèce, et nous avons toujours donné la préférence aux préparations ferrugineuses. Toutes sont bonnes et peuvent réussir, mais le sulfate de fer nous a toujours paru plus actif.

Je fais dissoudre deux gros de ce sel dans une bouteille de vin rouge ou blanc, mais mieux encore dans une bouteille de vin d'orange, liqueur préparée dans le pays, avec des oranges amères, des oranges sûres, du sucre et du rhum. On laisse reposer le mélange au soleil, pendant deux jours, puis on l'administre à la dose d'un ou de deux et même de trois petits verres à vin, par jour. On encourage le malade après la prise du remède, et on lui fait faire une promenade, qui tend à exciter la transpiration.

C'est surtout lorsqu'il y a suspension des menstrues que ce remède est efficace. Je suis parvenu à rétablir, avant le troisième mois, des règles supprimées depuis près de deux ans.

Si le malade éprouve une amélioration sensible dans les quinze premiers jours, amélioration caractérisée par le retour de la couleur noire de la peau, par la diminution de la diarrhée, et par le retour de la confiance du malade dans une guérison certaine, on peut tout espérer, et avant trois mois, la guérison est ordinairement complète. Sinon, il n'y a aucune ressource, et quels que soient les moyens qu'on emploie, on a la douleur de voir tout échouer, et de rester spectateur de symptômes qui résistent à tout, excepté à la mort.

Lorsque la cause de la maladie est une cause naturelle, si c'est une maladie de peau, par exemple, on emploie les bains de vapeurs aromatiques, qui combattent avec grand succès les bouffissures énormes qui se remarquent quelquefois. En suivant, en un mot, les indications que chaque cause réclame, on obtient alors des succès marqués.

Dans ces circonstances, la rhubarbe torréfiée, surtout dans le bas âge, nous a paru favorable, en y joignant une nourriture succulente et l'usage du vin de bonne qualité.

Mais si la cause est celle que j'ai indiquée comme non naturelle; si c'est un poison administré à petites doses et de temps à autre, vous êtes sûr que le malade est perdu sans ressource, à moins qu'il n'ait été dosé qu'une ou deux fois. Il nous est souvent arrivé de rétablir trois ou quatre de ces malheureux, mais ils ont toujours essuyé des rechutes, de nouvelles doses de poison leur ayant été administrées. Le seul *remède* est l'éloignement de la cause, du malfaiteur; et plus de quarante fois, nous avons eu la conviction de notre manière de voir.

Voilà approximativement tout ce que je puis tracer sur cette maladie spéciale, connue sous le nom de mal d'estomac. J'aurais désiré y joindre une foule d'observations particulières que j'avais rédigées, mais malheureusement elles ont été perdues dans un voyage. Le temps me permettra, j'espère, d'y suppléer, et de compléter ainsi un travail, auquel je n'attache, tel qu'il est maintenant, d'autre importance que celle d'appeler l'attention des médecins d'Europe sur une maladie si commune en nos climats, et qui n'est peut-être pas sans analogue dans le leur.

OBSERVATION SUR UN CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS LES VOIES AÉRIENNES;

Par M. GAULTIER DE CLAUBRY, D. M. P.

Un jeune enfant de sept à huit ans, petit, grêle, d'une complexion délicate, sujet à s'enrhumer, étant à la campagne le 17 septembre, se livre avec ardeur à des jeux de son âge; il reçoit sur le corps une assez forte ondée, et contracte une légère bronchite. Le surlendemain, ramené à Paris, il va jouer avec un petit camarade, fils d'un épicier du voisinage. De retour chez ses parens, ceux-ci apprennent qu'il a beaucoup toussé, et même qu'il a eu une quinte de toux très forte. Le soir, l'enfant est plus indisposé; je suis appelé pour lui donner des soins : voici l'état peu grave dans lequel je le trouve :

Fièvre modérée, chaleur douce, halitueuse; haleine chaude, langue légèrement rouge, yeux injectés, coryza, toux catarrhale peu intense. L'enfant se plaint d'une douleur, semblable à un picotement, à un pouce et demi environ du bord gauche du sternum, vers le tiers inférieur de la longueur de cet os. L'auscultation pratiquée sur tous les points de la poitrine ne fait entendre qu'un peu de râle muqueux, que couvre par intervalles un râle sibilant très prononcé. La percussion médiale ne cause pas de douleur appréciable, et signale une sonoréité normale dans toute l'étendue de la poitrine. Pratiquée à l'endroit correspondant à la douleur dont il vient d'être parlé, peut-être augmente-t-elle un peu cette dernière. Mais c'est plutôt dans l'inspiration et dans l'expiration, exécutées profondément, que cette douleur se manifeste. Alors aussi elle s'étend en manière de chatouillement le long de la trachée-artère, jusque dans le larynx. Repos au lit; tisane de mauve édulcorée; cataplasmes émolliens sur le côté gauche du thorax; diète. Les jours suivans, continuation du même état et des mêmes prescriptions; avec cette légère modification, que l'intensité des symptômes va graduellement en s'affaiblissant, et que l'enfant, à qui je permets quelques potages légers, peut se lever dans la chambre. Le 25 et le 26 on le promène par la main dans le jardin des Tuileries, peu distant du domicile de ses parens. Il semble décidément en convalescence; je suspends le cours de mes visites, en donnant les conseils simples appropriés à un état en apparence aussi peu grave. Je pensais avoir eu sous les yeux une simple bronchite catarrhale. Néanmoins je dois dire que, plusieurs fois dans le cours de la maladie, les parens m'avaient parlé, en termes emphatiques, de quintes violentes éprouvées à diverses reprises par le jeune malade. Selon eux, ces quintes étaient des plus pénibles; l'enfant devenait violet, s'agitait violemment, paraissait menacé de suffocation; puis, lorsque la quinte cessait, il tombait dans une sorte d'affaissement. A la suite de ces quintes, le jeune malade se plaignait d'un surcroit d'intensité de la douleur de côté, et d'une irritation assez vive dans le trajet de la trachée-artère, qui cessait bientôt. Par une sorte de fatalité, jamais je ne l'avais observé dans un semblable état; seulement, deux fois, j'étais arrivé peu de temps après qu'une quinte venait de finir : l'enfant était haletant, fortement coloré en rouge, avait la figure

vultueuse ; une sueur abondante lui couvrait toute la peau ; le pouls était accéléré ; il y avait une sorte de faiblesse musculaire générale. Malgré mes interrogations répétées, je ne pouvais obtenir de détails bien précis, de la part des parens, sur les caractères que pouvaient avoir ces quintes avec menaces de suffocation. D'après les renseignemens que je leur donnais, ils n'y reconnaissaient pas absolument les caractères des quintes de la coqueluche. L'isthme du gosier était exempt de phlogose; la déglutition était libre; il n'existait pas de pharyngite ; il y avait absolument absence de douleur dans le larynx, et, hors le temps des quintes, la respiration s'effectuait librement ; la voix n'était pas modifiée; je ne pouvais donc m'arrêter à l'idée d'une affection croupale, qui, d'ailleurs, marche généralement plus vite, et se caractérise par d'autres phénomènes.

J'ai dit que l'enfant, qui me semblait en pleine convalescence de la bronchite catarrhale dont je le croyais atteint, d'autant plus que le repos prolongé au lit et l'absence de grands mouvemens dans la chambre, quand on commença à le lever, avaient diminué l'intensité des symptômes et rendu les quintes fort rares ; que l'enfant, dis-je, fut promené aux Tuileries les 25 et 26 septembre. Le premier jour, il marcha très lentement, toussa peu et n'eut que des quintes légères ; le second jour, ayant fait un peu plus de mouvement, il fut pris, à la promenade même, de l'attaque de suffocation la plus violente qu'on eût encore observée. Il passa promptement à la couleur livide ; les yeux semblaient chassés des orbites, l'agitation comme convulsive fut à son comble ; les assistans croyaient que l'enfant allait périr suffoqué ; rapporté chez ses parens, dans un moment de relâche, il éprouva une nouvelle manifestation des accidens, et en tout, me dit-on, la quinte dura plus de trois quarts d'heure. En réduisant des deux tiers, si l'on veut, l'appréciation difficile de la durée des accidens, toujours est-il que la quinte fut très longue et d'une extrême violence ; à la suite, l'enfant était exténué et comme anéanti. Je ne le vis cependant pas ce jour-là ; un mal-entendu de la part d'un commissionnaire m'en empêcha. Appelé le lendemain 27, à la suite d'une nouvelle quinte encore grave, mais de beaucoup moins longue que la précédente, voici ce que j'appris. Epuisé par la quinte de toux de la veille, l'enfant avait reposé assez tranquillement pendant la nuit, et n'avait que peu toussé ; les quintes avaient été celles d'une bronchite catarrhale. Le matin, vers dix heures, à la suite de quelques mouvemens sur le lit même, et qui provoquèrent la toux, l'enfant avait éprouvé une nouvelle quinte, dans laquelle, au milieu d'une imminence de suffocation, des efforts de vomissement se manifestèrent, une certaine quantité du liquide contenu dans l'estomac fut rejetée, conjointement avec du mucus bronchite; mais, en même temps, un petit corps verdâtre fut entraîné au dehors. A l'instant, les accidens cessèrent, et, dès ce moment, la douleur fixe du côté gauche de la poitrine, près le bord du sternum, ne se fit plus sentir qu'obscurément ; la maladie n'eut plus que la physionomie d'une simple bronchite catarrhale.

Le petit corps étranger ayant été examiné avec soin, ce ne fut pas sans surprise qu'on y reconnut la moitié d'un grain de café, offrant une teinte verdâtre sale, ramolli et comme macéré par une imbibition prolongée. Alors seulement, l'enfant, qui aime beaucoup à croquer des grains de café, se rappela que, le 19 du mois, huit jours auparavant, étant à jouer avec son petit camarade, dans la boutique de l'épicier, père de ce dernier, il avait pris dans la montre et mangé quelques grains de café.

Il est bon de rappeler, qu'au dire des assistans, l'enfant aurait éprouvé, chez son camarade, le 19 septembre, une quinte subite et violente de toux, à la suite de laquelle une douleur fixe s'est manifestée au côté gauche du sternum, avec retours plus ou moins fréquens de quintes pénibles, d'un caractère spasmodique, déterminant une imminence de suffocation, et toujours suivies de la sensation d'une douleur fugace dans le trajet de la trachée-artère. D'après ce commémoratif, et surtout d'après l'imminence de suffocation qui accompagna la quinte du 26 et celle du 27, et qui détermina instantanément le rejet d'un corps étranger, reconnu ensuite pour être un fragment d'un grain de café, serions-nous fondés à admettre que, le 19, l'enfant, en jouant dans la boutique de l'épicier, et en mangeant des grains de café, en aurait fait passer la moitié d'un dans la trachée-artère ; que ce corps, après avoir provoqué la toux violente signalée en cette occasion, aurait été se loger au bas de la trachée-artère dans la bronche gauche, d'où, chassé par instans, il remontait jusqu'auprès du larynx, en déterminant, par le contact, sur la membrane muqueuse, une douleur passagère, mais surtout l'attaque de toux plus ou moins violente qui se manifesta alors ; que la suffocation imminente, qui eut lieu dans le jardin des Tuileries, était le résultat de la présence prolongée de ce corps étranger entre les bords de la glotte ? J'avoue que je suis entièrement disposé à le croire. Entré brusquement dans les voies aériennes, le grain de café, en traversant de suite la glotte, n'a provoqué qu'une toux intense violente, sans imminence de suffocation, et de courte durée. La présence de ce corps étranger dans une bronche, où il séjournait le plus habituellement, la titillation qu'il produisait le long de la trachée-artère, quand, de temps à autre, il parcourait ce conduit de bas en haut, et de haut en bas alternativement, et l'irritation qu'il provoquait dans le larynx où il était porté alors, expliquent la production de la douleur fixe près du bord gauche du sternum, celle plus fugace qui avait pour siége la trachée-artère et le larynx, comme aussi la production de quintes violentes de toux, qui se manifestaient dans cette circonstance. J'avoue que je ne saurais expliquer ces divers phénomènes, si l'on rejetait l'idée de l'introduction du grain de café dans la trachée elle-même ; et, par exemple, si l'on voulait penser que ce corps étranger se serait enchatonné au-dessus de la glotte, dans les sinus ou lacunes sous-épiglottiques. Il semble, en effet, d'une part, que, logé en cet endroit, ce corps étranger ne devait pas cesser de déterminer de la toux ; et de l'autre, que, si l'on admettait, pour expliquer les menaces intermittentes de suffocation, qu'il se déplaçait momentanément, et que venant alors à couvrir la glotte, il interceptait le passage de l'air, il resterait à admettre que ce corps étranger, ainsi déplacé à plusieurs reprises, n'eût pas été chassé par la colonne d'air sortant du larynx, et surtout qu'il fût revenu chaque fois reprendre sa place accoutumée dans les sinus sous-épiglottiques. Les

fastes de l'art ont tant de fois démontré que des corps étrangers, introduits dans la trachée-artère et jusque dans les bronches, comme l'inspection cadavérique le mettait en évidence, n'ont donné lieu à des quintes violentes de toux et à des menaces de suffocation, que d'une manière intermittente et à des intervalles souvent fort éloignés, qu'il ne saurait être fait d'objection sérieuse sur le siége que j'assigne au corps étranger, par la seule raison que les accidens de suffocation ne se reproduisaient qu'à des époques assez distinctes les unes des autres, et que, pendant les intervalles, il régnait un calme parfait.

Incomplètement informé de l'existence et de la violence des quintes passagères qui avaient lieu; n'ayant pas été témoin de celle qui survint dans les Tuileries; ignorant absolument que l'enfant eût mis dans sa bouche des corps étrangers assez peu volumineux pour que l'introduction dans le larynx en fût pénible, j'avouerai que je n'avais eu aucunement le soupçon qu'un corps étranger pût être entré dans la trachée-artère. Mais l'eussé-je soupçonné, ma conduite eût-elle pu être différente de ce qu'elle a été? Sur des soupçons aussi légers, en l'absence de menaces de suffocation rapprochées, durable, eussé-je pu amener les parens à l'idée de la trachéotomie? Assurément, jamais il n'eût pu en être ainsi. Je ne pense pas même que l'incision de la membrane hyo-thyroïdienne, proposée par MM. Vidal (de Cassis) et Malgaigne, pour aller porter des instrumens d'exploration et d'extraction au-dessus même de la glotte, dans les sinus sous-épiglottiques, tout exempte qu'on puisse la supposer d'inconvénient, et d'une exécution facile, eût été proposable en pareil cas, comme moyen d'investigation. Il faut que le danger soit plus imminent, pour que, dans la pratique civile, on détermine les parens à soumettre un malade à l'ouverture des voies aériennes; et de plus, il s'en faut de beaucoup que, surtout chez des enfans indociles, faciles à s'effrayer, une opération de laryngotomie soit d'une exécution aisée, et doive être entreprise à la légère.

Persistant à croire que le fragment de grain de café avait pénétré dans la trachée-artère, je regarde comme souverainement heureux que la nature seule ait réussi à expulser ce corps étranger à travers la glotte. Autrement, il pouvait s'arrêter longtemps dans cette ouverture, comme il l'a fait momentanément le 25, aux Tuileries, et déterminer la mort par suffocation immédiate; ou bien séjourner indéfiniment dans quelque bronche, et devenir une cause de fièvre hectique, ou de consomption catarrhale; ou encore, comme dans le cas de ce clou que M. Leuret a trouvé engagé dans une bronche, sur le cadavre d'un aliéné (*Journ. gén. de méd.*, tom. 95, pag. 2 e), déterminer, par la prolongation de l'irritation, la production d'une masse tuberculeuse, et les accidens de la phthisie pulmonaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(*Clinique de M. le Professeur Bouillaud.*)

RELEVÉ DES ENTÉRITES FOLLICULEUSES OBSERVÉES DANS CE SERVICE;

Par M. le docteur JULES PELLETAN.

Dans un article précédent inséré dans le tome XII, n° 152 de ce journal, je me suis efforcé de démontrer combien il était important de renoncer à donner à des affections évidemment locales des noms tirés de quelques symptômes pouvant appartenir à différens états pathologiques, et je crois avoir fait entrevoir la nécessité d'adopter des dénominations tirées de la nature même et du point de départ de la maladie. Je ne rentrerai pas dans une discussion qui, je pense, a été assez étendue, et je me bornerai à expliquer les raisons qui m'ont fait préférer le nom d'entérite folliculeuse pour désigner ces maladies.

Une fois d'accord sur la question principale, les médecins anatomistes modernes ont différé sur la manière d'exprimer l'idée fondamentale qu'ils se faisaient de cette affection. Cependant, quoique secondaire, cette question mérite d'être examinée, car il est important d'avoir un mot qui exprime bien pour soi et pour les autres l'idée juste et précise qu'on attache à la lésion fondamentale, point de départ des symptômes morbides (1).

Le nom de gastro-entérite grave, qui a été donnée à cette affection, ne me paraît pas remplir toutes les conditions d'exactitude exigée. Et d'abord il est incontestable que l'estomac n'est pas toujours nécessairement enflammé dans cette affection; que ce n'est pas la lésion de cet organe qui lui donne ce type ou ce cachet particulier qui frappe au premier coup d'œil. Ainsi, cette lésion n'étant qu'accessoire, secondaire ou consécutive, on ne doit pas, ce me semble, placer le mot qui indique son existence dans la formule qui dénomme la maladie. D'un autre côté, on voit tous les jours de véritables gastro-entérites, c'est-à-dire des inflammations simultanées de l'estomac et de l'intestin, qui ne s'accompagnent nullement des symptômes que nous allons décrire. Les épithètes de grave ou d'adynamique qu'on y a ajoutées sont assez vagues et d'ailleurs peu philosophiques; car, admettant que les symptômes produits dépendent des organes lésés, il est évident que dans la gastro-entérite grave ou adynamique, il y a des lésions qui manquent à la gastro-entérite simple; c'est donc à ce nouvel élément d'altération et non à la gravité des symptômes, qu'il faut avoir égard pour créer une expression nosologique.

M. Bretonneau a cherché à se rapprocher davantage de la vérité, en formant le nom de dothi-entérite; mais il me semble que l'ingénieux médecin de Tours n'a exprimé qu'un à peu près nullement satisfaisant pour un esprit rigoureux: ce ne sont ni des boutons ni des furoncles qui existent dans l'intestin, mais bien une altération des follicules et surtout des follicules agminés. L'expression d'*iléo-diclidite*, donnée par M. Bally, quoique un peu bizarre, a l'a-

---

(1) Ces considérations pourraient, au premier abord, paraître futiles, car lorsqu'on s'entend sur le fond de la questions, le reste semble n'être qu'une mesquine dispute de mots, mais il n'en est rien. Il est d'une extrême importance d'avoir des dénominations qui expriment distinctement les états qu'on veut définir, qui les localisent, les fassent toucher du doigt, et qui n'englobent pas, dans leur vague étendue, des lésions n'existant pas toujours nécessairement dans la maladie désignée. C'est donc en donnant, autant que possible, des noms exacts qu'on ôtera aux adversaires des doctrines anatomiques le seul prétexte qui leur reste. J. P.

vantage de bien indiquer le siége de la maladie; cependant je lui reprocherai d'aller trop loin dans son désir de préciser. Il n'est pas exact de prétendre que l'altération a seulement son siége à l'iléon et à la valvule, comme ce nom l'indique; et en second lieu; il n'exprime pas si l'altération se borne à la muqueuse qui tapisse ces parties ou aux follicules; de sorte que, pour éviter ces deux inconvéniens et me rapprocher autant que possible de la vérité, je préfère adopter, pour exprimer ces affections, le nom d'entérite folliculeuse proposé par quelques pathologistes (1).

Ces préliminaires indispensables étant exposés, et maintenant tout ayant été discuté et éclairci autant que possible, je vais entrer dans le détail des faits observés à la clinique de M. le professeur Bouillaud. L'examen approfondi auquel je me livrerai viendra, je pense, corroborer ce qui a été établi précédemment.

Pendant toute la durée du cours de clinique médicale, c'est-à-dire depuis le commencement d'avril jusqu'à la fin d'août, il s'est présenté dix-huit cas d'entérite folliculeuse. Sur ce nombre on comptait quinze hommes et trois femmes. Cette disproportion entre les deux sexes, dans l'aptitude à contracter cette maladie, est fort remarquable: on a cherché à l'expliquer de différentes manières; celles qui me paraissent le plus rationnelles sont le genre de vie si différent que mènent les femmes, leurs travaux moins fatigans, leur nourriture plus simple et plus saine, et surtout la considération du nombre si inférieur de femmes qui s'éloignent de leur pays pour venir chercher à Paris une existence quelconque. En effet, dans la presque généralité des cas, les individus atteints d'entérite folliculeuse étaient étrangers et habitaient Paris depuis peu de temps. Voici sur ce point ce que j'ai constaté: parmi les hommes, neuf ont été attaqués dans les quatre premiers mois de leur arrivée; quatre du sixième au douzième mois; un seul au bout de quinze mois de séjour, et enfin un autre après deux ans. Des trois femmes, une est tombée malade après quinze jours de séjour, une pendant le troisième mois, et la dernière habitait Paris ou les environs, et est tombée malade étant déjà acclimatée.

L'âge de ces malades est aussi fort important à noter: ils étaient tous dans la première jeunesse. Ainsi, dix avaient de quatorze à vingt ans, six de vingt à vingt-trois ans, et deux étaient âgés de vingt-sept à vingt-huit ans. Il n'est pas sans intérêt de constater aussi les différens mois dans lesquels ces affections se sont développées. Ces calculs, il est vrai, ne se sont opérés que sur un petit nombre de malades, mais, en rapprochant ces chiffres des différentes statistiques qui pourront être publiées, on obtiendra des résultats plus généraux, et par conséquent plus probans. Ainsi je trouve dans le mois de mars un cas; dans avril, un; en mai, trois; en juin, quatre; en juillet, cinq, et en août, quatre. Ces résultats sont en tout conformes à ce qui avait été observé jusqu'ici. Ainsi, juin, juillet et août, c'est-à-dire les mois les plus chauds de l'année, sont aussi ceux qui donnent lieu au développement de plus d'entérites folliculeuses.

Toutes choses égales d'ailleurs, on conçoit facilement que l'époque à laquelle la maladie s'est déclarée, avant l'admission du malade dans l'hôpital, est une considération qu'il ne faut point passer sous silence. En effet, à défaut d'une description détaillée de chaque cas, qu'il serait si utile de donner, mais qu'un travail de ce genre ne peut comporter, ces dates donneront aux personnes qui ont déjà pu observer cette affection une idée assez précise de l'état, plus ou moins grave, dans lequel se trouvaient les malades, lorsque leur traitement a été entrepris.

Ainsi, je trouve que quatre individus sont entrés à la clinique le quatrième jour de leur maladie, un le sixième, deux le septième, trois le huitième, un le neuvième, deux le douzième, trois le quinzième, un le vingt-unième, et enfin un le vingt-deuxième.

Il est fort difficile de pouvoir arriver, chez le plus grand nombre des malades, à la connaissance de la cause précise qui a pu déterminer leurs maladies, et ici plus particulièrement. En effet, soit qu'ils l'attribuent à des circonstances qui ne peuvent avoir eu aucune influence, soit qu'ils n'aient pu, le plus souvent, distinguer la véritable cause, on n'obtient sur ce point rien de satisfaisant. Ainsi, je ne vois dans aucun cas qu'il soit fait mention d'une cause prochaine active, qui ait donné lieu bien évidemment à l'apparition des premiers symptômes. Toutefois, comme je l'ai déjà dit, l'arrivée plus ou moins récente de tous ces individus, leurs travaux pénibles, leur exposition à toutes les intempéries de la saison, leur nourriture malsaine, dans ces espèces de cabarets qui sont libres de toute surveillance, et enfin les excès de tout genre auxquels ils se livrent, sont des causes suffisantes pour expliquer les graves lésions intestinales dont il est ici question.

Les prodrômes ont été constamment: un abattement plus ou moins profond, du malaise, de l'anxiété, de l'inappétence, un dégoût prononcé pour les alimens, de la fièvre, de la soif, une céphalalgie intense, et, chez le plus grand nombre, un dévoiement plus ou moins considérable. Quelques-uns ont éprouvé des nausées, et six seulement ont eu des vomissemens plus ou moins abondans.

Examinons, en détail, les symptômes fournis par les différens appareils, soit au moment de l'entrée des malades, soit pendant la durée de leur séjour à l'hôpital.

Appareil cérébral. Chez tous il y a eu de la prostration, mais elle existait à différens degrés. Chez trois seulement elle était légère, chez tous les autres elle s'est montrée prononcée, et dans cinq cas il est survenu un délire violent, accompagné de soubresauts, de cris, d'efforts pour sortir du lit et courir dans les salles, puis un coma plus ou moins profond.

Les réponses, chez tous, étaient lentes, pénibles, arrachées avec un soupir, mais presque toujours assez justes. Dans quatre cas elles étaient, à l'entrée des malades, presque nulles ou inintelligibles; les jours suivans elles ont

---

(1) Considérant que, dans la fièvre dite *entéro-mésentérique*, le point de départ de la maladie existe essentiellement et dans l'intestin grêle et dans les ganglions mésentériques (ceux-ci ne s'enflammant toutefois que *sympathiquement*), M. Bouillaud emploie assez souvent l'expression d'*entéromésentérite adynamique, typhoïde, putride*, pour désigner cette maladie. Et afin de préciser davantage le siége principal du mal, il se sert aussi quelquefois du mot *iléo-mésentérite, adynamique*, etc.

complètement cessé, et la maladie s'est terminée d'une manière funeste. Dans un cas elles ont été nulles au début, puis l'intelligence a reparu plus tard, et le malade a guéri. La plupart d'entre eux avaient les sens plus ou moins obtus, ou troublés; ainsi ils éprouvaient des éblouissemens, des bourdonnemens d'oreille. Il n'y a eu qu'un cas bien tranché de surdité.

Un symptôme qui existe constamment au début et dans toute la durée de la maladie, c'est une céphalalgie intense, accompagnée, chez la plupart, de vertiges et d'étourdissemens.

Habitude extérieure. La face était altérée, plus ou moins décomposée; dans trois cas légers, simplement hébétée; dans les cas plus graves, elle était, pendant le délire, rouge, vultueuse, puis retombait plus tard immobile, inerte, décolorée. Bientôt les yeux s'excavaient, le nez s'effilait, les narines devenaient pulvérulentes, les lèvres noires et croûteuses, en un mot, la face hippocratique se manifestait dans toute son horreur.

Appareil cutané. Chez tous, la peau était, dans le commencement, le siége d'une chaleur sèche, aride, plus ou moins âcre. Dans les cas qui étaient moins intenses, à cet état succédait bientôt une légère sueur, une douce moiteur, qui se répandait sur la peau; mais dans les cas extrêmement graves, la peau conservait longtemps son aridité première; elle développait, sur la fin de la maladie, une forte odeur de souris; les escarrhes se formaient vers les points saillans qui supportaient plus directement le poids du corps, et venaient, par leur suppuration particulière, ajouter encore aux dangers des malades.

Quant aux diverses éruptions qui se sont manifestées pendant cette affection, voici ce qui a été observé: dans deux cas, il a existé une éruption de pustules assez grosses, qui avaient leur siége à l'abdomen ou à la cuisse. Chez cinq autres malades, il s'est développé une éruption de petites taches ressemblant, pour la plupart, à des piqûres de puces, larges comme l'ongle du petit doigt, et paraissant formées par un peu de sang extravasé. Je n'ai pas rencontré de sudamina. Je serais porté à adopter l'opinion que ce genre d'éruption ne se manifeste guères qu'à la suite des transpirations excessives, et n'est nullement un symptôme particulier de l'affection dont il est ici question.

Appareil circulatoire. Toujours il y a eu une augmentation de vitesse dans les pulsations artérielles, mais les variétés ont été presque individuelles, tant sous le rapport du nombre que sous celui des autres caractères de battemens. J'ai cependant remarqué que, dans la plupart des cas, le pouls, petit et serré au début, sous l'influence du traitement, se développait, prenait de la force et augmentait même de fréquence pour reprendre peu à peu son type normal. Le nombre des pulsations que j'ai notées, à l'entrée des malades, a été de 80 à 100; dix malades étaient dans cette catégorie, sept avaient de 108 à 120 pulsations; un seul, 132. J'ajouterai, que, deux fois, on a constaté bien évidemment le battement double qui a déjà été indiqué dans cette maladie. Je dois dire cependant que, n'ayant songé à faire cette remarque que vers les derniers temps de la clinique, il est possible que ce caractère m'ait échappé dans les premières observations que j'ai recueillies. Cependant il m'aurait sans doute frappé à un examen de tous les jours, s'il se fût montré d'une manière distinct.

Je dois, enfin, rattacher aux symptômes fournis par l'appareil circulatoire, les épistaxis qui se sont manifestés pendant le séjour du malade à l'hôpital. Je n'en ai constaté l'existence que chez six individus, c'est-à-dire sur le tiers seulement des malades soumis à mon observation.

Appareil musculaire. Un symptôme constant, et que j'ai observé à des degrés différens, a été l'altération dans les forces du système musculaire. Ce phénomène a existé, chez tous, dès le début; il s'est prolongé pendant plus ou moins de temps en se modifiant. Ainsi, dans les trois cas moins graves que j'ai examinés, il y avait seulement un sentiment de lassitude; puis, lorsque les autres symptômes étaient plus intenses, celui-ci s'aggravait. Les malades se plaignaient alors d'une sensation douloureuse de brisement, d'une impossibilité presque absolue d'exécuter des mouvemens. On les voyait alors immobiles, indifférens à tout ce qui se passait autour d'eux; dans la position du décubitus dorsal, trouver à peine la force d'articuler quelques monosyllabes, se laissant entraîner, par leur seul poids, sur un des côtés de leur lit, et tombant, plusieurs fois par jour, comme des masses inertes, si l'on ne prenait la précaution de les attacher.

Lorsque le délire survenait, les mouvemens devenaient quelquefois très violens; dans d'autres cas il y avait tremblottement, soubresauts des tendons; puis un coma profond venait terminer cette scène douloureuse.

Après avoir étudié toutes les circonstances accessoires de la maladie, arrivons à ce qui la constituait spécialement, et examinons les phénomènes de l'appareil digestif.

Dans la presque généralité des cas, la langue était lisse, sèche, rouge à sa pointe et sur ses bords; trois fois cependant, elle est restée assez humide. Chez quatre individus, à la sécheresse et à la rougeur de ses bords se joignait un enduit d'un jaune sale, ou blanchâtre et caséiforme. Chez les malades le plus gravement atteints, elle est devenue d'une apparence grillée, tant la sécheresse était extrême. Chez tous, les lèvres, les dents, la muqueuse de la bouche, étaient plus ou moins sales, encroûtées, fuligineuses, et l'haleine d'une fétidité quelquefois des plus repoussantes. Tous aussi avaient une soif très vive, de l'inappétence, du dégoût pour les alimens, à l'exception d'un seul malade qui toujours demandait à manger: j'ajouterai même que sa voracité causa une grave rechute, dont heureusement il se tira, mais après nous avoir longtemps fait craindre pour sa vie.

Le plus grand nombre des malades ne présenta pas de phénomènes du côté de l'estomac. Ainsi, sur les dix-huit personnes qui font les sujets de cette revue, six seulement éprouvèrent des vomissemens bilieux ou simplement muqueux. Un seul ressenti des nausées sans vomissemens, et chez cet individu seulement on put constater la coïncidence d'une douleur plus ou moins vive, lorsqu'on venait à presser, la région épigastrique. La pression de l'abdomen, principalement vers la région du cœcum et celle du colon ascendant, fut trouvée douloureuse dans dix cas. Avec ce symptôme coïncident une gargouillement obscur chez un ou deux malades, mais très distinct, bruyant même chez les autres.

On n'a pu s'assurer toutefois, d'une manière bien positive, de l'existence du gargouillement sur deux autres malades, chez lesquels la pression de l'abdomen était complètement indolente. Je dois ici faire remarquer que le gargouillement s'est présenté chez tous les malades qui étaient le plus gravement affectés. Il faut aussi rapprocher de ces symptômes quelques autres qui s'y rattachent nécessairement, tels la diarrhée ou la constipation, la souplesse ou le météorisme du ventre.

Il n'y eut pas, entre l'existence du gargouillement et celle de la diarrhée, une coïncidence toujours constante. Ainsi j'observai bien, chez douze malades, des selles liquides plus ou moins abondantes; mais ce qui est à noter, c'est que, sur ce nombre, huit seulement présentaient ces deux symptômes réunis; les quatre autres eurent de la diarrhée, sans offrir le phénomène de la fluctuation abdominale, et chez quatre malades aussi le gargouillement existait sans être accompagné de diarrhée.

Le météorisme du ventre, symptôme fort important à noter, fut constaté, à des degrés différens, chez quatorze malades; mais ici encore, nouveau manque de corrélation entre ce phénomène et ceux dont je viens de parler. Qu'il me suffise de dire, pour ne pas tomber dans de fastidieuses subdivisions, que sept fois j'ai noté la coexistence des trois symptômes réunis, c'est-à-dire du météorisme, du gargouillement et de la diarrhée; dans les autres cas, ces phénomènes existaient isolément.

L'histoire des symptômes qui constituent, à proprement parler, l'entérite folliculeuse, ayant été étudiée avec détail, chez les dix-huit sujets soumis à mon observation, disons un mot de quelques autres altérations subies par diverses fonctions, et d'abord de l'appareil urinaire.

Dans le commencement de la maladie, les urines ont été trouvées assez rares, d'une couleur rouge plus ou moins foncée; elles déposaient, par le repos, un sédiment épais; lorsque la maladie marchait vers une issue funeste, elles sont devenues troubles, ammoniacales, fétides; dans un cas, on a constaté leur acidité. Sous le rapport de leur excrétion, j'ai noté que sept malades les laissaient échapper involontairement, et qu'un seul, après avoir été dans cet état, eut, pendant quelques jours, la vessie distendue par l'urine qu'il ne pouvait évacuer. Ce symptôme était regardé comme très fâcheux; cependant le malade qui l'a présenté est en ce moment tout-à-fait hors de danger.

Les symptômes fournis par le système respiratoire ont été très remarquables par leur existence presque constante. Dans tous les cas, à l'exception de trois, il s'est manifesté des accidens vers les organes pulmonaires; chez tous, il existait une bronchite aiguë, caractérisée par un râle sibilant, sec, quelquefois mêlé à du râle muqueux. Dans deux cas, il y avait en outre une angine assez intense, et dans un seul il existait, comme grave complication, une double pneumonie, arrivée déjà à son dixième ou onzième jour de durée. L'issue, comme on peut le penser, en fut funeste.

Enfin, pour terminer la revue des organes importans dont les fonctions peuvent être lésées dans cette affection, je dirai que je n'ai pas noté une seule fois de sensibilité bien manifeste dans la région hépatique; dans trois ou quatre cas, comme je l'ai dit plus haut, il a existé des vomissemens bilieux, verdâtres, plus ou moins répétés, mais jamais nous n'avons observé une teinte ictérique de la peau. J'ajouterai que, dans un cas qui s'est terminé heureusement, il est survenu un abcès de la parotide vers la fin de la maladie.

D'après tout ce qui vient d'être exposé, il est facile de se faire une idée exacte des divers degrés de gravité qui se sont présentés dans les différens cas. Ainsi on a pu voir qu'à l'exception de trois ou quatre cas où l'affection était peu intense, tous les autres ont été d'une évidente gravité; chez quatre malades il y avait même, dès le premier jour de l'arrivée, une prostration extrême, poussée jusqu'à l'état comateux, alternant avec un délire plus ou moins ardent et tous les autres symptômes de l'affection arrivée à son plus haut degré d'intensité. Ces quatre malades ont succombé (1). Un autre, après avoir présenté des phénomènes aussi graves quelques jours après son entrée, et même après avoir commis une imprudence qui l'a rejeté dans un extrême danger, est parvenu à guérir, et, au moment où j'écris, il est encore dans les salles, dans un état de convalescence avancée (2).

Il est utile, ce me semble, d'indiquer l'époque à laquelle ces personnes étaient tombées malades, lorsqu'elles se sont présentées à l'hôpital. Cependant il ne faudrait pas croire que ceux qui furent le plus dangereusement atteints, furent toujours ceux qui étaient venus le plus tard réclamer les secours de l'art. Ainsi, celui qui présenta à son arrivée les symptômes les plus formidables, n'était malade que depuis quatre jours, tandis qu'un autre individu, dont l'affection se montrait d'une manière plus bénigne, était alité depuis quinze jours; il sera donc plus utile, pour cette considération et toutes celles qui vont suivre, de diviser les dix-huit observations sur lesquelles est basé ce travail, en trois séries.

Dans l'une seront les affections peu intenses, c'est-à-dire dans lesquelles tous les phénomènes qui caractérisent l'entérite folliculeuse se seront manifestés, mais sous une forme moins grave; dans cette subdivision se trouvent quatre cas. Dans la seconde, formée de neuf observations, tous les symptômes étaient complets et très intenses, avec prostration extrême, mais sans délire violent. Dans la troisième, enfin, tous les symptômes abdominaux avaient le même degré de gravité, mais ceux que présentait l'encéphale étaient plus prononcés. Parmi les cinq malades qui forment ce groupe, quatre présentèrent, dès leur entrée, du délire ou un coma profond; un seul n'offrit ces symptômes que quelques jours après.

Dans le premier groupe, trois individus entrèrent le qua-

---

(1) Un de ces malades, couché au n° 14 de la salle des femmes, présentait un bien léger degré d'amélioration, et il est douloureux de dire que sa mort a été peut-être causée par un accident produit par l'inattention des gens de service. Mise dans un bain trop chaud, on jeta sur elle, pour le refroidir, une assez grande quantité d'eau froide; elle poussa des cris aigus, perdit tout-à-fait connaissance, et, reportée dans son lit, elle expira quelques heures après.

(2) Guéri de l'entérite folliculeuse dont il était affecté, il vient de succomber, en huit heures, à la nouvelle récrudescence du choléra.

trième jour de leur maladie, un seul le quinzième jour.

Dans la seconde série, un malade entra le troisième jour; quatre, le huitième; un, le neuvième; deux, le quinzième, et un, le vingt-unième.

Dans la troisième, chacun des cinq individus qui la composaient faisait dater sa maladie d'une époque différente : elle remontait ainsi à quatre, six, sept, huit et douze jours.

Tous les malades des deux premières séries guérirent (1); quatre de la dernière succombèrent. Ainsi donc, sur dix-huit individus atteints d'entérite follieuleuse, il y eut quatre morts, ce qui donne une perte d'un sur quatre et demi (2). La mort survint dans ces cas, deux fois le cinquième jour, et deux autres fois le huitième. Chez les quatorze qui furent sauvés, la guérison eut lieu deux fois le septième jour; deux fois le dixième, trois fois le quatorzième jour; cinq fois le dix-septième; et enfin deux fois, chez des malades qui, par imprudence, firent une rechute le vingt-unième et le vingt-huitième jour; ce qui, en résumant tous ces chiffres, donne quinze jours comme durée moyenne du traitement.

Sans entrer dans l'énumération détaillée de la durée diverse des convalescences, je me bornerai à dire que leur longueur moyenne a été environ de douze jours.

Rappelons maintenant, en peu de mots, les lésions principales qui ont été trouvées sur les quatre sujets qui ont succombé, parmi lesquels il n'y avait qu'une seule femme.

L'encéphale présentait, chez tous, des lésions à peu près analogues. Sous les membranes, il existait généralement un peu de sérosité. Le cerveau était plus ou moins injecté à sa surface; à l'intérieur, il a présenté, dans deux cas, une légère *sablure;* il était ordinairement d'une bonne consistance, et même un peu plus ferme que dans l'état normal.

Les ventricules ont paru dilatés dans trois cas; ils contenaient deux à trois cuillerées à café de sérosité; en outre, on a observé une fois une ampoule, formée par la séreuse sur le plancher ramolli des ventricules.

L'estomac, dans l'une ou l'autre de ses parties, a toujours été trouvé injecté, parcouru par des arborisations ou par un pointillé assez fin. Sa membrane muqueuse était amincie dans un cas, et ramollie dans les trois autres. Le duodénum contenait, dans deux cas, une bile concrète et adhérente à ses parois. Plus loin, les altérations observées présentaient quelques légères différences secondaires. Ainsi, tantôt il existait une éruption multipliée de tout le commencement de l'iléon, tantôt il n'y avait pas d'éruption, et cette partie de l'intestin paraissait saine; tantôt enfin, il y avait une injection rutilante, cessant par intervalles. Toutefois, quels que fussent ces états, pour ainsi dire préliminaires, lorsque l'on avançait vers les deux derniers pieds de l'iléon, on découvrait des lésions graduées, d'abord un léger boursouflement des glandes de Peyer et des follicules agminés, puis quelques ulcérations éparses, à bords épais, avec dénudation du tissu cellulaire sous-jacent; les plaques de Peyer devenaient de plus en plus développées; autour d'elles, les follicules isolés étaient quelquefois altérés, et ressemblaient à des aphthes, ayant leurs bords rouges, comme sanglans; puis enfin, vers la fin de l'iléon, l'intestin était criblé d'ulcérations, entourées de la muqueuse, rouge, ramollie et comme pulpeuse. Dans un cas, la valvule iléo-cœcale et le cœcum présentaient les mêmes ulcérations. Dans un seul, ces deux organes étaient rouges, injectés, ramollis, comme fongueux. Les ganglions mésentériques avoisinant les portions d'intestins plus altérés, étaient rouges, hypertrophiés et ramollis. Dans un cas, le gros intestin fut trouvé sans lésions, et seulement rempli, à sa partie inférieure, de matières fécales endurcies. Chez deux sujets, il était rouge, injecté, mais sans ulcération. Chez un seul, il offrait quelques points ulcérés, et des taches noirâtres ardoisées.

Tous les viscères, le cœur, le foie, la rate, étaient plus ou moins ramollis; dans un cas même, ils s'écrasaient sous le doigt. Enfin, l'intérieur des vaisseaux principaux fut trouvé deux fois teint en une couleur rouge assez foncée.

Jetons un coup d'œil rapide sur le traitement qui a été employé. On l'appellera si l'on veut antiphlogistique; mais comme ce mot est pour moi à peu près vide de sens, je le détaillerai quelque peu.

Dans tous les cas, à l'exception de deux, la saignée a été employée en commençant, mais elle était modérée et jamais elle ne fut réitérée. Le plus ordinairement, elle était immédiatement accompagnée d'une application de sangsues sur l'épigastre, la région du cœcum ou celle du colon. On en appliquait ordinairement de vingt à quarante, suivant les indications que présentait le sujet, et dans le plus grand nombre des cas, on a été obligé d'insister, à plusieurs reprises, sur ces déplétions sanguines locales; chez quelques-uns, par exemple, il y a eu jusqu'à huit applications de sangsues. Chez d'autres, on a été obligé d'en prescrire deux trois, ou quatre fois. En un mot, pour ne pas tomber dans de fastidieux détails, je me bornerai à dire que le terme moyen des applications de sangsues qui ont été faites a été à peu près de quatre, et le nombre des sangsues appliquées de soixante-quatre pour chaque malade. Ajoutons qu'on eut recours, dans quatre cas, aux ventouses scarifiées, mais toujours (à l'exception d'un seul, où elles furent appliquées sur l'abdomen sans un avantage marqué) dans l'intention de remédier à une bronchite concomitante.

Chez neuf malades on employa, vers le dernier temps de la maladie, des vésicatoires, qu'on appliquait soit aux cuisses, soit aux mollets, et jamais on n'observa qu'ils eussent pour effet d'élever le pouls et d'en augmenter la fréquence. Quelques sinapismes ont été aussi mis en usage, mais très rarement, et dans la dernière période de l'affection.

Il me reste enfin à dire un mot d'un moyen sur lequel on a récemment beaucoup insisté, sans que j'aie vu nulle part qu'on ait rattaché l'honneur de sa première idée à son véritable auteur. Je veux parler des préparations chlorurées, qu'en 1826 M. Bouillaud indiquait dans ces affections, comme remède précieux pour combattre la lésion locale et l'altération consécutive de la masse sanguine. Ce moyen a été em-

---

(1) Un malade de cette série, complètement guéri, et qui allait sortir, fut pris, depuis que ce travail est terminé, d'accidens cholériques très graves, et succomba en trois jours.

(2) Depuis la fin de la clinique, six autres malades ont été traités dans les salles de M. Bouillaud, et tous se sont terminés par une complète guérison (dans ces derniers cas, les chlorures n'ont pas été mis en usage).

ployé chez dix malades, soit à l'intérieur, dans les tisanes ou les lavemens; soit à l'extérieur, en le faisant entrer dans la composition des cataplasmes, qu'on appliquait sur l'abdomen. Dans les cas les plus graves enfin, on en arrosait les draps des malades, on en répandait autour de lui, pour qu'il respirât une atmosphère chlorurée, et que ce modificateur arrivât ainsi dans l'économie par les voies pulmonaires, qui sont sans contredit le plus direct et le plus sûr moyen d'absorption.

D'après tous les détails qui viennent d'être exposés, on a pu, je pense, suivre, sous toutes leurs faces, les dix-huit cas qui forment le sujet de ce travail. De cette manière, il est facile de se convaincre non-seulement de la réalité des affections qui ont été décrites, mais encore de la gravité des symptômes qui ont existé dans chaque cas particulier.

Ces points une fois bien établis, et tout le monde ayant, pour ainsi dire, sous les yeux les pièces du procès, il sera facile de juger sainement l'efficacité d'un traitement qui, sur dix-huit individus atteints tous d'une maladie aussi grave, en guérit quatorze, et n'échoue que sur quatre individus; et encore, dès le premier moment de leur arrivée, étaient-ils dans un état désespéré, et réellement au-dessus des ressources de l'art.

OPÉRATION DE FISTULE A L'ANUS.

Accidens graves dissipés par un flux hémorrhoïdal. —Circonstances remarquables qui se rattachent à l'anatomie pathologique de cette maladie à son traitement, etc. —Réflexions;

Par A. VIDAL (de Cassis),

Chirurgien du Bureau Central.

M. B.., ébeniste, âgé de trente-six ans, a toujours été maigre, pâle et triste. Il a eu plusieurs fois de légères *attaques de nerfs*, qui participaient de l'hystérie et de l'épilepsie. M. B.. a craché du sang, mais il n'a pas beaucoup toussé; il dit éprouver souvent *des feux dans le milieu de la poitrine* (1). De plus, il a été atteint du choléra, lors de la première épidémie de Paris. Les principaux symptômes furent bientôt arrêtés; la convalescence a été longue. Un jour, M. B.. éprouva, au périnée, une douleur augmentant par l'émission des urines. Sur le point douloureux s'éleva une tumeur grosse comme une noisette, et dont les progrès furent lents; elle avait le volume d'un marron quand elle s'ouvrit; il s'en écoula du pus très séreux et sans odeur. Le malade fut soulagé et devint ensuite moins triste. Mais l'ouverture ne se fermait pas; elle donnait issue à une quantité assez considérable de matière pour obliger M. B.. à *se garnir*. Le médecin ordinaire, ayant considéré la tumeur comme un abcès critique, et craignant pour la poitrine, persuada au malade que ce mal était nécessaire, et qu'il fallait le respecter. M. B.. y consentit d'autant plus facilement, que son caractère méticuleux lui faisait craindre l'idée seule d'une opération.

Cependant plus d'une année s'écoule, la suppuration devient toujours plus abondante, les douleurs, en urinant, sont plus vives, il survient une pesanteur vers l'anus, *les feux de la poitrine* sont plus *ardens*, et M. B.. maigrit beaucoup. Il se décide alors à consulter un chirurgien; on me le présente.

A dix lignes au-devant de l'anus, une partie de la peau du périnée était d'un rouge foncé, amincie et décollée; l'ouverture fistuleuse, très étroite, était au centre. J'introduis un stylet que je promène dans tous les sens, il pénètre surtout en avant, vers le bulbe; en arrière, vers l'anus; sur les côtés, vers les ischions. L'ancienneté de la maladie me fait soupçonner une perforation des canaux voisins. Le malade affirme n'avoir jamais eu de blennorrhagie; il a toujours uriné *très largement*, et n'a reçu aucun coup au périnée. Cependant je pratique le cathétérisme, et, avec le stylet introduit dans la plaie, je cherche à toucher la sonde. Je ne puis y parvenir; les deux instrumens sont séparés par une quantité assez considérable de parties molles. D'ailleurs, rien dans l'humeur qui s'écoule n'annonce la présence de l'urine.

Je dirige alors mes recherches du côté du rectum. Il existe des hémorrhoïdes qui n'ont jamais flué, deux sont assez grosses et flétries, elles sont externes. Les plus petites sont la plupart noirâtres et très dures; il en est une qui ressemble à un petit sac rempli de pus, une autre paraît contenir de la farine décolorée. Je passe l'index dans le rectum, et je cherche à aller à la rencontre du stylet que j'avais de nouveau introduit dans la fistule; un espace de dix lignes à peu près sépare mon doigt de l'instrument.

Quelle devait être ma conduite? Fallait-il traverser tous ces tissus, perforer le rectum, rendre la fistule complète, et couper ensuite le pont, d'après la méthode ordinaire? C'était là une indication assez rationnelle, et quoi qu'en disent certains auteurs, on aurait pu la suivre sans trop de témérité. Mais l'état parfait du tissu cellulaire qui double le rectum, la position de la fistule qui était très avancée vers le périnée, la mauvaise constitution de M. B., les crachemens de sang qu'il avait éprouvés, une forte résonnance de la voix accusée par le cylindre. Toutes ces circonstances me firent prendre la résolution d'enlever seulement la peau décollée, de panser à plat, et d'observer ce qui se passerait, soit du côté de la plaie, soit du côté de la poitrine et de la tête. M. Dubois (d'Amiens) fut de mon avis, et voulut bien m'aider dans l'opération.

J'incisai la peau sur les quatre points où elle était le plus décollée, et que j'ai déjà indiqués. Je formai ainsi quatre lambeaux triangulaires, dont les sommets flottans convergaient vers l'ouverture fistuleuse. Chacun d'eux fut saisi avec des pinces, et j'en opérai la résection à la base, sur le point même de leur continuité avec les tissus sains. Par ce procédé, j'obtins une plaie à peu près ovale, dont le plus grand diamètre allait du bulbe de l'urèthre vers l'anus. Le fond était lisse, recouvert d'une fausse membrane analogue aux muqueuses. Rien n'indiquait un trajet s'étendant plus loin. (Pansement simple.)

---

(1) Je distinguerai par des italiques les expressions qui appartiennent au malade.

En peu de jours, la cicatrisation fut très avancée, et elle était complète au centre, avant la seconde semaine. Mais aux deux extrémités, c'est-à-dire vers le bulbe et l'anus, deux points restaient en suppuration; et, au lieu d'une large surface traumatique, on voyait deux petites plaies, qui prirent bientôt le caractère fistuleux. Malgré mes explorations antécédentes, je crus un instant à la lésion des deux canaux voisins, l'urèthre et le rectum. Néanmoins, dans ce qui s'écoulait des deux plaies, il était impossible de reconnaître aucun des caractères qui appartiennent aux divers corps qui parcourent les canaux en question. Je cautérisai avec le nitrate d'argent les deux points fistuleux. Après la chute des escarrhes, celui qui était voisin du bulbe fournissait encore du pus; il semblait même s'agrandir; l'autre, au contraire, se ferma. Alors, les deux hémorrhoïdes qui étaient flétries se tuméfièrent, et devinrent d'un rouge vif. Deux des petites sont ulcérées (celle qui était pleine de pus et celle qui semblait contenir de la fibrine décolorée). Je cautérisai l'une et l'autre; les deux ulcérations disparurent, mais plusieurs de ces petits noyaux noirâtres, dont j'ai déjà parlé, ces espèces de caillots sanguins se décolorent, se ramollissent, et la muqueuse qui les recouvre s'ulcère de nouveau : un liquide qui ressemble à du pus mal lié s'écoule par là. Je reviens à la cautérisation, et la cicatrice se fait encore après la chute des escarrhes.

Cependant la plaie principale, celle qui avoisine le bulbe de l'urèthre suppure toujours, et les deux plus grosses hémorrhoïdes restent engorgées. Rien du côté de la poitrine; le système nerveux est en assez bon état. M. R... entretenait un vésicatoire au bras; sans l'exciter, la suppuration devient plus abondante. Je cautérise la dernière plaie du périnée, j'en obtiens la cicatrisation; il n'existe plus aucune apparence de fistule; seulement la suppuration du bras devient encore plus abondante et fétide. Je croyais avoir guéri mon malade, et je partageais déjà sa satisfaction. Mais cinq jours après, la plaie du périnée, voisine de l'anus, s'ouvre de nouveau; la suppuration est abondante, celle du bras diminue, et les deux principales hémorrhoïdes se flétrissent. En même temps, la défécation devient pénible, l'émission des urines, au contraire, se fait sans la moindre douleur, J'explore le rectum, comme je l'avais déjà fait, et je constate sa dénudation à la partie antérieure, sur le point qui correspond à l'espace triangulaire, borné en avant, par terminaison de l'intestin. Le malade sent que le stylet va profondément, il dit qu'il *touche le boyau;* il tombe alors dans le plus profond chagrin. Déjà j'avais éprouvé les plus grandes difficultés pour décider M. B. à la première opération; la perspective d'une seconde l'effraie bien plus. Selon lui, elle doit être plus douloureuse et plus grave que la première. Tous les jours il lui semblait voir à ma suite les aides qui devaient me servir pour lui *couper le boyau.*

Afin de ménager l'extrême sensibilité de mon malade, et pour lui épargner même l'apparence d'une opération, je résolus d'opérer sans aide. Je me servis pour cela du couteau royal, modifié par M. Charrière (1). Cet habile coutelier a brisé l'instrument, de manière qu'il se trouve composé d'un stylet en argent très flexible, et d'un couteau en demi-lune. Il est facile de dérober au malade la vue de cette dernière pièce. Avec le stylet, on sonde la fistule; à mesure qu'il est parvenu dans le rectum, on le courbe fortement, on fait sortir son extrémité olivaire par l'anus, on ajoute le couteau à l'extrémité opposée, et on fait parcourir à cette seconde pièce tout le trajet que la première a enfilé. Les diamètres du stylet sont plus ou moins en rapport avec la fistule; il n'en est pas de même de l'espèce de demi-lune qui le suit; mais, en avançant, la lame écarte et coupe en même temps le trajet, le pont, c'est-à-dire tous les tissus qui se trouvent entre ces deux ouvertures, et cela, avec une très grande rapidité. Mon malade me demandait si réellement je devais l'opérer, quand déjà l'opération était achevée. La veille, avec une sonde cannelée sans cul-de-sac, j'avais eu la précaution de perforer la muqueuse du rectum sur le point dénudé. En rendant ainsi la fistule complète, j'ai facilité l'opération définitive, et je crois avoir augmenté les chances de la guérison radicale.

Cependant, M. B... ne peut supporter les mèches que je place pour diriger la cicatrisation de la plaie que je venais de produire. Des mouvemens nerveux ont lieu; il survient même un peu de délire, et je ne puis rétablir le calme qu'en supprimant les mèches. Elles tourmentaient le malade de deux manières : d'abord en irritant la plaie, en déterminant une vive douleur et un resserrement presque convulsif du sphincter; ensuite, en empêchant la sortie des gaz, ce qui augmentait encore plus l'état nerveux. Je fis usage des opiacés, soit localement, soit à l'intérieur, et sous toutes les formes. Mais ces modificateurs *portaient à la tête*, et comme le délire s'était déjà manifesté, je supprimai les préparations d'opium, craignant une méningite. Cependant la plaie prenait un bon aspect, et une tendance manifeste vers la cicatrisation. J'avais varié la forme, les dimensions des mèches; j'avais changé aussi plusieurs fois le corps gras dont elles étaient enduites, et toujours elles déterminaient des contractions spasmodiques du sphincter, et un état nerveux général qui me faisait craindre pour les jours du malade. Je pris alors le parti d'abandonner la guérison aux efforts de la nature, et je m'abstins de tout pansement, bien résolu de laisser mon malade avec sa fistule, si elle se renouvelait. La plaie, au contraire, marcha vers une cicatrisation régulière : le fond s'éleva peu à peu et la gouttière se remplit parfaitement; au bout de quinze jours, il n'y avait plus trace de fistule. Il survient alors un crachement de sang assez copieux, et précédé d'un toux légère; *les feux* de la poitrine deviennent *très ardens*, et le délire éclate de nouveau.

Je l'avoue, je commençais à me repentir d'avoir entrepris la seconde opération. Cependant, je réfléchis aux phénomènes qui s'étaient passés du côté des hémorrhoïdes; je me rappelle qu'après la première opération, les deux plus grosses s'engorgeaient à mesure que la plaie se cicatrisait. Je me détermine à provoquer un flux sanguin par leur surface. Je fais d'abord une forte application de sangsues à l'anus, et j'administre, à plusieurs reprises, un purgatif avec l'aloès; de plus, j'ouvre un cautère sur le même bras qui portait un vésicatoire. Les crachemens de sang ne durèrent que deux jours; mais il restait une exaltation cé-

(1) L'idée a été fournie par M. Morx ou par M. Breschet.

rébrale très marquée, des pendiculations continuelles, et des tremblemens qui survenaient deux ou trois fois par jour. Je reviens aux sangsues; cette fois, je les applique en petit nombre, trois tous les jours. Les hémorrhoïdes se gonflent visiblement. J'avais observé que le nitrate d'argent, appliqué sur le col de la matrice, déterminait par fois un écoulement sanguin simulant la menstruation; je passe légèrement le même caustique sur les hémorrhoïdes. Le lendemain le malade s'éveille, et trouve son lit tout taché de sang; il constate que c'est par le fondement qu'il a fait cette perte. Dès ce moment M. B... n'est plus le même homme : plus de délire, plus de pendiculations, plus de tremblemens, plus d'émoptysie, plus *de feux* dans la poitrine, plus de fistule et plus de tristesse. Déjà deux mois se sont écoulés depuis la guérison. M. B... prend tous les jours de l'embonpoint, et les hémorrhoïdes fluent à peu près tous les quinze jours. Le cautère fournit une humeur très abondante, très fétide, et irritant toutes les parties du bras qu'elle vient à toucher. La voix résonne encore un peu, mais la percussion et l'auscultation n'indiquent aucune altération sensible des poumons.

Réflexions.

Cette seule observation peut fournir matière à de nombreuses interprétations. C'est un fait qui en contient beaucoup d'autres, et tous ont leur raison dans les lois de l'organisme, qu'il faudrait rechercher. Je laisse cette tâche aux théoriciens : la mienne est de traiter quelques questions qui se rattachent plus directement à la pratique, et qui ressortent des détails que je viens de donner.

Et d'abord, fallait-il pratiquer la dernière opération à M. B...? Il avait craché du sang, il avait eu des accès épileptiformes, il était d'une faible constitution, etc. Je sais que beaucoup de praticiens auraient répondu par la négative. J'ai moi-même été assez longtemps indécis. Mais je connais les faits que l'on invoque contre la conduite que j'ai suivie; Eh bien! analysés sévèrement, ils me prouvent, 1° que, dans les cas de mort, on ne doit pas toujours accuser l'opération; 2° que souvent, au contraire, on eût évité cette issue funeste, si on eût opéré dans un temps opportun, et si on eût employé les modificateurs nécessaires pour remplacer le flux dont la fistule était le siége. D'ailleurs, il faut encore distinguer, 1° le degré de la lésion interne, 2° l'époque à laquelle les fistules se sont ouvertes. Il en est qui précèdent la maladie de poitrine, et qui pourraient en être une cause; d'autres, au contraire, en sont la conséquence, et plusieurs sont déterminées par des accidens survenus pendant l'existence de la maladie viscérale, et celles-là n'ont d'abord aucun rapport avec la maladie interne. Eh bien, traiterez-vous de même toutes ces fistules? Dans tous les cas, proscrirez-vous l'opération, parce que, dans tous les cas, il y a coïncidence des deux lésions? Evidemment non.

Et, dailleurs, remarquez que toutes les maladies chirurgicales anciennes sont à peu près dans les mêmes conditions. Interrogez bien les viscères, pendant qu'il existe une lésion profonde des membres ou des parties extérieures du tronc : presque toujours ils exprimeront une souffrance qui tient aux sympathies plus ou moins étroites qui les lient aux maladies chirurgicales. Pour cela vous abstenez-vous toujours d'opérer? Non certes. Vous étudiez les causes et toutes les circonstances qui sont relatives au développement de ces maladies; vous prenez vos mesures pour rompre les habitudes vicieuses de l'organisme; et si la partie à enlever est le siége d'une fonction morbide importante, vous appelez les humeurs sur un ou plusieurs lieux d'élection et vous pouvez ensuite opérer sans nuire au malade.

On me répondra qu'il y a une grande différence entre les maladies que je compare : par exemple, entre une tumeur blanche d'une articulation et une fistule à l'anus. Dans le premier cas, dira-t-on, presque toujours il arrive un moment où la lésion est incompatible avec la vie; d'ailleurs, ce membre affecté empêche le malade de vaquer à ses occupations, etc., etc.; tandis que la fistule à l'anus n'est jamais qu'une infirmité, qu'un fonticule mal placé, il est vrai, mais dont les effets n'en sont pas moins salutaire. D'abord je dirai que la fistule est souvent une maladie très grave et très douloureuse, qu'elle a des effets locaux et généraux qui finissent souvent par entraîner la mort. J'ai observé des fistules à l'anus déterminées par des coups, par la fatigue du cheval; des fistules qui étaient tout-à-fait de cause externe; et affectant des sujets très sains et très vigoureux; Eh bien! négligées, elles donnaient lieu à des décollemens, à des perforations du rectum. De là, infiltration des matières, mortification du tissu cellulaire périnéal et les accidens qui en sont les conséquences ordinaires. Dans d'autres cas, il se faisait une résorption purulente, les viscères s'affectaient secondairement, et la mort avait lieu; ou bien l'abondance de la suppuration consumait le sujet.

D'ailleurs, si réellement la fistule est nécessaire à l'organisme, si c'est par là qu'il se débarrasse d'un principe nuisible, soyez sûr que la cicatrisation ne s'opèrera pas. Comment voulez-vous que la nature, que vous supposez si prévoyante, se ferme une voie de salut, quand vous l'ouvrez encore plus largement, et quand vous faites tous vos efforts pour la tenir ouverte? Au reste, voyez les malheureux phthisiques qui ont une fistule très ancienne; ils meurent avec leur fistule, qu'on ait fait l'opération ou qu'on s'en soit abstenu.

Ainsi, dire d'une manière absolue qu'on ne doit pas opérer les fistules à l'anus, quand il existe une lésion viscérale, ce serait poser un principe nuisible à la science et à l'humanité, et qui, d'ailleurs, serait démenti par des faits authentiques. Dans celui que je viens d'exposer, le problème était complexe; j'avais à craindre du côté de la poitrine et de la tête. A la vérité, les lésions n'étaient pas profondes, puisqu'elles n'étaient accusées que par des symptômes fugaces, Cependant, quoique je n'aie constaté qu'un léger écoulement de sang, qu'un peu de résonnance de la voix, qu'un délire passager, le cerveau et les poumons n'étaient pas tout-à-fait à l'état normal. Nonobstant cela, tout s'est bien terminé. Heureusement, dira-t-on, le flux hémorrhoïdal qui est survenu... Je répondrai : heureusement aussi les applications méthodiques de sangsues; heureusement les purgatif aloétiques; heureusement le cautère; heureusement, peut-être encore, la pierre infernale, etc. Mais je suppose qu'à la nature seule doive appartenir l'honneur de cette gué-

rison: ce serait encore un argument en faveur du principe que je soutiens; car il prouverait que, quand l'organisme est assez puissant pour s'ouvrir une voie d'élimination, il peut s'en ouvrir une autre quand l'art vient fermer la première; mais je ne vois pas ce que l'on ferme en pratiquant l'opération de la fistule à l'anus.

Ce n'est pas la première fois qu'une suppuration a été avantageusement remplacée par une hémorrhagie. D'ailleurs, c'est toujours le sang qui fait les frais d'un émonctoire quelconque; il vaut donc mieux qu'il soit versé en nature; car, pour le convertir en pus, il faut presque toujours une modification particulière des tissus; ce qui constitue un état pathologique plus grave que celui qui détermine ordinairement l'hémorrhagie. Ce qui le prouve, c'est qu'il y a des hémorrhagies physiologiques, tandis que la suppuration est toujours une fonction morbide.

Je rappellerai ici que cette fistule est survenue après le choléra; veut-on qu'elle soit la crise de cette maladie? mais on sait que les efforts critiques ont été rares pendant cette épidémie. Je dois faire remarquer d'ailleurs l'aspect particulier que présentaient plusieurs hémorrhoïdes: elles étaient dures, la plupart très noires, d'autres décolorées, une d'elles était remplie de pus; il semblait que le sang, dans ces petites tumeurs, s'était tout-à-fait coagulé, et qu'il subissait plusieurs transformations. On sait que du pus a été trouvé dans le centre même des caillots sanguins; j'ai publié un fait de cette nature dans la *Gazette des hôpitaux*; et d'autres observateurs ont fait la même remarque. Le pus qui était contenu dans une des hémorrhoïdes pouvait bien provenir d'une altération spontanée du sang; car à côté était une autre tumeur remplie d'une fibrine décolorée: c'était peut-être là le commencement de la décomposition. Ces petites hémorrhoïdes se sont la plupart ulcérées, elles sont revenues sur elles-mêmes.

En suivant de près ces phénomènes, on se rend mieux compte de la formation des fistules à l'anus, causées par les hemorrhoïdes. Au lieu d'être externes, si celles que j'ai vues s'ulcérer avaient été internes, l'ulcération eût été en contact avec des matières irritantes, avec des humeurs qui se seraient introduites, par cette perforation spontanée, dans le tissu cellulaire ambiant; de là abcès et fistule. C'est probablement ainsi que s'est formée celle que j'ai eu à traiter. Il est vrai qu'en explorant le trajet, je n'ai pas trouvé l'ouverture; mais peut-être s'était-elle oblitérée. Et, d'ailleurs, elle pourrait exister, et malgré les explorations les plus minutieuses, j'aurais pu la méconnaître. Ce qui prouve qu'il existait une relation entre la fistule et les hémorrhoïdes, ce sont les divers changemens qu'éprouvèrent celles-ci, selon que la fistule se rétrécissait, ou qu'elle fournissait une suppuration plus ou moins abondante. Le choléra n'est pas tout-à-fait étranger aux particularités qu'ont offertes ces tumeurs sanguines. Il ralentissait singulièrement la circulation, il l'arrêtait même dans les points où elle est le plus active; *à fortiori*, là où naturellement elle est lente. Il est possible que le sang se soit arrêté dans les hémorrhoïdes, qu'il se soit dénaturé, et que son élimination ait donné lieu à une solution de continuité qui a commencé le trajet. D'ailleurs cette explication pourrait bien convenir à toutes les fistules qui reconnaissent pour causes des tumeurs hémorrhoïdales. Une irritation peut aussi arrêter, coaguler le sang, comme on le voit dans certaines varices; il devient alors corps étranger, il doit donc subir une élimination; et c'est le trajet creusé pour cela, qui donne passage à des mucosités qui entretiennent ce nouveau canal, en le modifiant de telle manière qu'il se tapisse d'une muqueuse. Les veines elles-mêmes peuvent former un de ces canaux: car leur membrane interne change de nature en changeant de moteur. C'est ainsi qu'un vaisseau sanguin devient un canal excréteur. D'ailleurs les veines sont plus ou moins directement liées aux fonctions d'élimination; en faisant partie d'un trajet fistuleux, elles ne dérogent pas extraordinairement. Le système artériel, au contraire, avant toute autre destination, ne pourrait se prêter à une pareille métamorphose.

Je ne terminerai pas sans dire un mot sur l'utilité des mèches. Ici, comme on l'a vu, elles ont causé de graves accidens, et il a fallu les supprimer tout-à-fait. Cependant la cicatrisation s'est faite régulièrement. Je ne voudrais pas, pour cela, proposer l'abandon de ce moyen, mais peut-être ses avantages ont-ils été exagérés. Et qui ne sait que, souvent dans les hôpitaux, soit par négligence, ou par indocilité du malade, ou bien à cause d'une diarrhée, ou par toute autre accident, la plaie reste sans mèches, et la fistule n'en guérit pas moins.

Selon moi, le nitrate d'argent a déterminé ce flux hémorrhoïdal qui avait été préparé par les aloétiques et par les sangsues. Ne pourrait-on pas tirer parti de ce fait en faveur du traitement de l'aménorrhée?

Je n'entreprends pas les réflexions que font naître les rapports qui ont existé entre les deux principales hémorrhoïdes et la fistule, entre la quantité, la qualité de la suppuration du cautère et celle de l'anus. Ces faits soulèvent des questions de doctrine qui me conduiraient trop loin; je me borne ici à les noter. D'ailleurs les faits ne se perdent jamais; tôt ou tard ceux-là même pourront un jour me servir; car, grâces à la bonne direction de l'esprit d'observation, grâces aux progrès de la *raison médicale*, l'humorisme va renaître.

VUES NOUVELLES SUR L'ACTE DE LA DÉFÉCATION.

Inductions relatives à la Pathologie et traitement des maladies de l'estomac, des intestins et d'autres organes; suivies d'une analyse critique des idées de sir Charles BELL *sur les nerfs de la face;* Par le docteur O'BEIRNE de Dublin, Chirurgien de l'hôpital Richmond, etc.

Analysé par J. EAGER, D. M. P.,

Chirurgien interne des Hôpitaux civils, etc.

Dans sa Préface, l'auteur expose les circonstances qui l'ont conduit à étudier la physiologie de l'acte de la déféca-

tion, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui. Il avait traité plusieurs cas de tétanos traumatique par le lavement de tabac. Il n'avait compté que des succès, lorsque dans une dernière tentative, après avoir produit un soulagement momentané, il échoua pour la première fois et perdit sa malade. Il crut reconnaître que cet insuccès ne dépendait pas de l'infidélité du médicament, mais qu'il tenait à son mode d'administration. Une contraction violente du rectum avait empêché que le liquide remontât plus haut, et le dernier lavement n'avait été gardé que quelques secondes. Dès lors il résolut, dans les cas semblables, de dilater toute la longueur du rectum, au moyen d'une grosse sonde de gomme élastique, pour permettre l'évacuation des matières contenues dans le gros intestin, au-dessus du rectum, et faciliter ensuite l'action du liquide sur une grande surface absorbante. Au mois d'octobre 1822, M. Adams, médecin de l'hôpital de Jervis-Street, lui offrit l'occasion d'essayer son procédé sur une vieille femme affectée de tétanos. En introduisant la sonde, il sentit un obstacle, causé par le resserrement des parois du rectum. Cette constriction augmentait à deux pouces et demi au-dessus de l'anus. Il lui fallut forcer un peu, pour faire pénétrer la sonde plus avant. Arrivé à une profondeur de neuf à dix pouces (anglais), il lui sembla que la sonde s'engageait dans un anneau très étroit, puis l'instrument fit un saut brusque et se trouva tout-à-coup dégagé. Au même instant, il s'échappa, par l'extrémité extérieure de la sonde, des gaz et des matières fécales liquides, dont la sortie procura un soulagement immédiat. L'intestin vidé, l'injection de tabac pénétra sans peine, et produisit un heureux effet.

De là, 1° l'idée première de ses recherches sur le mécanisme de l'acte de la défécation, recherches qui l'ont conduit à de nombreuses applications thérapeutiques.

2° Notions nouvelles sur le siége du tétanos, dont il se sert pour combattre le système de Charles Bell.

Après cet historique abrégé de ses travaux, l'auteur aborde la première partie de son sujet, relative à la physiologie et à l'acte de la défécation.

Il commence par l'examen anatomique du gros intestin, et fait remarquer :

1° Que la tunique musculaire du cœcum et du colon est formée de fibres plus minces, plus pâles, plus écartées que celles de l'intestin grêle et du rectum.

2° Il note les cellules nombreuses du cœcum et du colon.

3° L'amplitude du cœcum relativement au colon ascendant et à l'intestin grêle ; sa dilatation brusque par rapport à ce dernier.

4° La disposition du péritoine à l'égard du cœcum et de la portion sigmoïde du colon, qui permet à ces organes une distension facile.

5° Il rappelle que les portions ascendante et descendante du colon et l'S iliaque, sont, par leur situation profonde dans la cavité des deux flancs, hors de l'axe d'impulsion du diaphragme ; que le colon transverse placé sur un plan plus antérieur est bien plus soumis à l'action de ce muscle.

6° Que la direction verticale du colon ascendant s'oppose à la progression des fèces ; que cette progression n'est pas beaucoup plus facile dans le colon transverse.

7° Il rappelle enfin que l'anus est entouré de deux muscles sphincters.

En résumé, cet ensemble de dispositions prouve évidemment que la nature n'avait en vue que de retarder le cours des matières fécales dans le gros intestin, pour soumettre les sucs nutritifs qu'il peut contenir encore à une dernière absorption, qu'enfin le gros intestin peut être considéré comme un réservoir où ces *matières sont mises temporairement en dépôt.*

Jusqu'ici aucune remarque anatomique, aucune idée physiologique qui n'aient été émises et répétées depuis longtemps.

Mais l'auteur, abordant l'explication des usages du rectum, avance que cet intestin ne se remplit pas dans l'état de santé de la manière généralement admise, que les fonctions des sphincters n'ont pas l'importance qu'on leur prête.

C'est, dit-il une opinion généralement reçue par les physiologistes, que la matière fécale passe librement et sans arrêt de l'S du colon dans le rectum, que là son accumulation détermine, au bout d'un certain temps, dans les sphincters et dans les muscles du périnée, une sensation de malaise, qui provoque la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux, et partant l'expulsion des matières. On croit aussi que les sphincters sont exclusivement chargés de retenir les fèces. Ces erreurs résultent, suivant lui, d'une autre erreur, celle de considérer l'S iliaque et le rectum comme un tube unique, dont les cavités se continuent entre elles sans obstacle, sans rétrécissement intermédiaire.

Il combat ces opinions par le raisonnement et par les faits.

Par le raisonnement. La direction du cœcum, des colons ascendans et transverses, les coudes qu'ils forment entre eux dans le trajet, et les autres dispositions anatomiques rappelées plus haut, ont pour but de retarder le cours des matières. Si donc il existait une communication toujours libre entre la portion sigmoïde du colon et le rectum, ce but se trouverait manqué précisément dans le point où il paraît le plus nécessaire. Une telle disposition exposerait le rectum à de fréquentes accumulations ; d'où nécessairement gêne apportée aux fonctions de la vessie, fatigue des sphincters, qui, affaiblis par cette pression continue, enflammés par les qualités irritantes des fèces, perdraient tôt ou tard la faculté de retenir la matière pendant des jours entiers. Si donc, ajoute-t-il, le rectum ne peut seul soutenir, sans danger, la charge de garder en dépôt les fèces, il faut que cette fonction soit partagée par la portion sigmoïde du colon, ce qui ne pourrait être s'il existait une communication toujours libre entre l'S iliaque et le rectum. Car dans cette supposition, la portion sigmoïde ne pourrait rien garder.

Par les faits. 1° L'obstacle que l'on éprouve en administrant des clystères fait présumer que le rectum, loin d'être ouvert dans l'intervalle des selles, est au contraire, contracté et fermé.

2° Si, dans un but chirurgical, on explore l'intestin avec le doigt, rarement on rencontre de la matière fécale solide ou liquide, et dans le peu de cas où l'on en trouve, la quantité est peu considérable, et n'occupe que la partie la plus inférieure de l'intestin. Rarement aussi l'on retire la seringue

salie par les matières fécales, ce qui prouve que le rectum est contracté de façon à interdire la communication libre entre la cavité et celle de l'S iliaque.

3° Il est rare de trouver, dans l'intestin grêle et le gros intestin, de ces filamens membraneux qui traversent leur cavité, tandis qu'on en trouve plus souvent dans le rectum. Or, ces filamens n'existeraient pas si le contact des parois entre elles ne leur avait donné le temps de s'établir. Leur présence fait donc supposer que l'intestin reste plus ou moins longtemps vide et resserré sur lui même.

4° Dans les prolapsus où les sphincters sont très affaiblis, les selles ne sont pas involontaires. Dans l'opération de la fistule, ou même de la fissure, ces sphincters sont coupés; certaines affections vénériennes ou cancéreuses les détruisent, elles font même éprouver une perte de substance au rectum au-dessus des sphincters, et cependant il ne survient pas, le plus souvent, d'incontinence des matières fécales. Elles devraient s'échapper, si le passage de l'S iliaque au rectum était facile, si la portion supérieure du rectum était ouverte et les sphincters chargés seuls de tout retenir.

5° Si l'on engage à plusieurs reprises, dans l'intervalles de deux selles, chez un homme bien portant, une sonde de gomme élastique dans le rectum, à la profondeur de deux pouces, il ne sort ni gaz, ni matières fécales; dans cet espace que l'on sent ouvert et vide, on promène librement la sonde : *c'est la poche du rectum*. Au-delà de cette poche, à partir de deux pouces au-dessus de l'anus, le rectum est contracté dans une étendue de huit pouces, jusqu'à son abouchement avec l'S iliaque. A mesure qu'on avance la sonde dans cet espace contracté, la résistance augmente; il vient un point où l'on éprouve la sensation d'un anneau qui étreint fortement la sonde, puis, immédiatement au-dessus, l'instrument se dégage brusquement, on peut en mouvoir librement l'extrémité; elle occupe alors la cavité de l'S iliaque. Alors il s'échappe, pour la première fois, des gaz et des matières fécales par le tube. S'il ne sort rien, on sent qu'il est engagé dans une masse solide de matières; en retirant l'instrument, on le trouve enduit de fèces dans ses deux derniers pouces seulement, quelquefois même son calibre est bouché. Bientôt après, le sujet va à la selle.

L'auteur a encore exploré le rectum immédiatement avant et après une selle, et l'a trouvé constamment vide et contracté dans sa portion supérieure. L'intérieur seul est lâche et perméable. La portion sigmoïde lui a paru toujours ouverte et prête à recevoir les matières.

D'où il résulte enfin que, dans l'intervalle des selles, les matières ne s'accumulent pas dans le rectum comme on l'a cru jusqu'ici, mais bien dans la portion sigmoïde; qu'elles y sont retenues par la contraction de l'extrémité supérieure du rectum, qui fait l'office d'un premier sphincter et du plus important; que les deux autres n'agissent que subsidiairement.

Après l'exposé de ces expériences, qui paraissent vraiment démonstratives, le docteur O'Beirn trouve, dans l'anatomie du rectum, des preuves nouvelles.

Il examine comparativement la structure nerveuse du rectum et celle du reste de l'intestin. De tout le tube intestinal, le rectum est la partie la plus charnue. Comme l'intestin grêle et le gros intestin, il est pourvu de fibres circulaires; comme le cœcum et le colon, il a des fibres longitudinales, non plus disposées en bandelettes écartées, mais formant un cylindre complet. Venues de deux sources, elles sont, les unes la continuation des fibres longitudinales de l'S iliaque, les autres un prolongement du releveur de l'anus; enfin, il a de plus ses deux sphincters.

Donc le rectum est capable de se contracter plus souvent et plus longtemps qu'aucune autre portion de l'intestin. Cette contraction est encore favorisée par les nerfs nombreux qu'il reçoit. Ils lui viennent de deux sources : de la moelle épinière et du grand sympathique; mais il a cela de propre, que les nerfs hémorrhoïdaux venus des plexus sacrés le pénètrent directement, sans s'entrelacer préalablement avec les filets du grand sympathique; ce qui a lieu pour les autres intestins. D'où il résulte qu'il est pourvu d'une sensibilité et d'une irritabilité plus vives qu'aucune autre portion du tube digestif, et de plus, qu'il est directement soumis à l'influence de la moelle épinière.

Ensuite l'auteur compare le rectum à l'œsophage. Celui-ci reste contracté sur lui-même dans l'intervalle des mouvemens de déglutition, comme le rectum après une selle, mais avec cette différence que, dans l'œsophage, la contraction s'étend à toute la longueur; tandis qu'au rectum, elle est partielle.

De ce que la cavité de cet intestin n'est libre que dans sa moitié inférieure, l'auteur en conclut que, dans les cas où l'on administre un lavement anodin pour combattre un spasme du rectum ou une irritation de la vessie, la quantité de liquide injecté ne doit pas excéder la capacité de la poche du rectum, c'est-à-dire deux onces. Le surplus ne pourrait être admis qu'avec beaucoup d'efforts, puisque la contraction de la moitié supérieure oblitère le reste de ce conduit.

Après avoir décrit le mécanisme des fonctions du rectum, M. O'Beirn nous expose les conséquences de la contraction de cet intestin, relativement à l'S du colon. Suivant lui, la portion sigmoïde, immédiatement après une selle, tombe dans le bassin et forme une anse qui flotte au côté gauche du rectum. Telle est du moins la position qu'elle présente à l'état de vacuité sur le cadavre. Il prétend démontrer ultérieurement, par le développement de sa théorie, qu'elle garde la même position pendant la vie, lorsqu'elle est vide. Mais bientôt l'abord des fèces vient changer cette position. En distendant la portion sigmoïde, elles la font remonter du petit bassin dans la fosse iliaque gauche, en redressant sa courbure, et lui font en même temps subir un mouvement de rotation sur le rectum, comme point fixe, analogue à celui que l'estomac éprouve sur le pylore; de sorte que la grande courbure de l'S iliaque se porte en avant et en haut, d'inférieure qu'elle était. Cette élévation et ce redressement et la portion sigmoïde font peser la matière fécale directement sur l'extrémité supérieure du rectum, jusqu'à ce que, par son accumulation progressive, elle détermine un malaise qui provoque les efforts expulsifs du diaphragme et des muscles abdominaux. Pour expliquer cette harmonie d'action entre le gros intestin et les muscles abdominaux, l'auteur rappelle les expériences de M. Breschet, qui démontrent que, tandis que l'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle reçoivent leurs nerfs du pneumo-gastrique et du grand sympathique, les nerfs sensitifs et volontaires de la moelle se dis-

tribuent seulement à la fin du petit intestin, et au gros tout entier; ce qui explique pourquoi l'un et l'autre agissent de concert, et nous fait concevoir que la volonté peut influer sur la contraction de l'S iliaque et du rectum.

Après avoir exposé le jeu des muscles qui concourent à l'expulsion des fèces, et nous avoir montré celles-ci surmontant la contraction du rectum pour s'engager dans sa cavité, l'auteur ajoute : l'évacuation de l'urine ne peut avoir lieu au moment où la poche du rectum est remplie, mais seulement quand elle cesse de l'être. Car la distension de cette poche, et l'élargissement des sphincters pressent nécessairement la prostate et le col de la vessie contre l'arcade des pubis, et, par conséquent, s'opposent à l'expulsion de l'urine; celle-ci ne s'échappe qu'au moment où la poche du rectum est vidée.

Une fois l'expulsion terminée, toutes les parties rentrent dans leur position normale, excepté la portion sigmoïde, Celle-ci, à la faveur de la laxité de son mésentère, vient, dans le dernier effort d'expulsion, occuper une partie de l'espace que le rectum et la vessie évacués laissent vide dans le petit bassin. Elle y forme une anse qui garde cette position jusqu'à ce qu'une nouvelle accumulation de matières change ses rapports et la redressse.

Ici l'auteur, après avoir exposé la dernière partie de l'acte de la défécation, explique le mécanisme par lequel les excrémens passent du cœcum dans la portion sigmoïde. Cette méthode est, il est vrai, contraire à l'ordre physiologique; mais il ne pouvait expliquer, d'après sa théorie, la réplétion du cœcum et du gros intestin, qu'après avoir décrit la dernière partie de l'acte de la défécation.

Au moment où les alimens arrivent de l'intestin grêle au cœcum, ils rencontrent plusieurs causes qui retardent leur cours dans le gros intestin et les forcent à s'accumuler dans le cœcum : telles sont l'amplitude extrême du cœcum relativement au petit intestin qui y pénètre, et du colon ascendant qui en sort; l'insertion à angle aigu de l'intestin grêle dans le cœcum, d'où il résulte une sorte d'éperon qui s'oppose à la rétrocession des fèces; la direction du colon ascendant en sens inverse de la gravité; la nécessité absolue où se trouve le cœcum d'être rempli avant d'être sollicité à un effort d'expulsion; enfin les gaz qui, distendant toute la cavité du gros intestin, s'opposent à la progression des matières fécales dans le colon ascendant, comme l'air contenu dans la branche fermée du tube barométrique s'oppose à l'ascension du mercure. Mais bientôt ces gaz, en augmentant, provoquent des efforts d'expulsion, ils sont chassés par l'anus, et le même effort qui les expulse, comprime l'intestin grêle, fait passer de nouvelles matières dans le cœcum déjà distendu; celui-ci se contracte à son tour, et se vide dans l'espace resté vacant au-dessus de lui; les matières passent ainsi dans le colon ascendant, et de là dans le transverse. Ainsi poussés par une vis à tergo, elles arrivent au colon descendant où la progression est plus facile.

De sa théorie, l'auteur conclut que le cœcum ne se vide que quand il est très distendu; que chaque fois l'évacuation est complète, qu'au moment d'aller à la selle, il existe dans le cœcum une masse de matière et une autre dans la portion sigmoïde; que ces deux masses réunies sont la mesure de la capacité de tous les intestins. Ainsi quand on dit qu'ils sont vidés, cela revient à dire, que le cœcum et la portion sigmoïde, sont évacués; que puisqu'il faut deux actes d'expulsion pour qu'un sujet sain ait les intestins évacués, la capacité du cœcum peut être regardée comme la mesure de celle du rectum.

Après avoir ainsi terminé la partie physiologique de son travail, l'auteur passe aux applications de la pathologie.

Le rectum étant de toutes les portions de l'intestin la plus fournie de nerfs et de fibres musculaires, est par là même la plus irritable; celle qui, sous l'influence d'un stimulus quelconque, doit se contracter davantage; ce qui lui est d'autant plus facile qu'il est vide, et qu'aucune matière contenue ne s'oppose à son resserrement : c'est donc lui qui doit être le siége principal de la constipation.

Que l'irritation augmente dans l'intestin malade par l'ingestion de nouveaux alimens, le spasme du rectum n'en sera que plus vif; les gros intestins, l'intestin grêle se laisseront distendre de proche en proche, de là, des coliques, des tortillemens autour de l'ombilic, la sensation de nœuds qui se forment, puis des vomissemens, la bouche étant la seule voie libre. D'une simple colique, la malade passe à l'iléus. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire, pour expliquer des vomissemens stercoraux, d'invoquer le mouvement antipéristaltique.

Si les vomissemens ne suffisent pas pour évacuer l'intestin, l'irritation dont il est le siége gagnant de proche en proche, il survient une péritonite mortelle, ou le malade succombe à la douleur.

Ainsi, l'auteur explique certains étranglemens internes par la contraction violente de la portion supérieure du rectum irrité par une cause quelconque. L'inférieure, suivant lui, bien que resserrée sur elle-même, ne partage pas cette contraction spasmodique.

Ce spasme du rectum dépend, à son avis, de l'abus qu'on fait des purgatifs drastiques, et la constipation qui en résulte en est le symptôme.

Mais ce rétrécissement spasmodique amène à la fin un rétrécissement organique. La muqueuse qui tapisse la portion contractée s'irrite par le poids et le contact prolongé des fèces accumulées au-dessus d'elle. Et si cet état survient chez des sujets âgés et avec une certaine prédisposition, il peut en résulter un squirrhe. D'après le docteur O'Beirn, tous les rétrécissemens organiques du rectum procèdent de son extrémité supérieure.

Il explique aussi les hémorrhoïdes par la compression que la matière contenue dans la portion sigmoïde exerce sur les vaisseaux hémorrhoïdaux; la même cause gêne le cours de l'urine à travers l'uretère, d'où résulte de proche en proche son accumulation dans le bassinet et une néphrite consécutive. Le cœcum agira de même sur l'uretère du côté droit, quand la distension aura envahi tout le gros intestin, d'où l'état de dilatation où l'on trouve souvent ces deux canaux; de là résulte aussi la nécessité de tenir le ventre libre quand on présume le passage de calculs des reins dans la vessie, sous peine de voir ces calculs arrêtés dans l'uretère. Cette accumulation peut causer encore des douleurs dans la région lombaire et dans les extrémités inférieures; et sans prétendre que la névralgie plantaire de Chaussier tienne à cette cause, l'auteur cependant nous rapporte qu'il vit une dou-

leur très-forte qui siégeait à la plante du pied cesser immédiatement après l'effet d'un purgatif.

Après avoir exposé les conséquences pathologiques de la constipation produite par la contraction du rectum, l'auteur passe en revue les autres causes qui peuvent entraver le cours des matières. Suivant lui, la descente brusque d'une grande quantité de matières du colon descendant dans l'iliaque, a pour effet de couder la direction de l'intestin, d'où résulte son obstruction; ce qui, joint à la contraction de l'extrémité supérieure du rectum, est une double cause d'arrêt pour les matières fécales.

Puis il rappelle les autres causes mentionnées par les auteurs : les adhérences des parois intestinales par des filamens pseudo-membraneux, comme M. Renauldin en cite un exemple; la paresse et l'inertie des intestins chez les vieillards, chez les gens sédentaires, qui dépendent de leur flaccidité et de leur distension prolongée par l'usage habituel d'une alimentation trop abondante; d'où il déduit la nécessité de soutenir, dans ces cas, le ventre avec une ceinture.

Hors ces cas, l'auteur ne reconnaît d'autre cause à la constipation que la contraction du rectum.

Vient la partie thérapeutique de l'ouvrage. Quand la constipation dépend du spasme du rectum, l'indication est facile à saisir : c'est de dilater mécaniquement l'intestin pour établir une communication libre avec le colon. Voici sa méthode : il introduit jusqu'à l'Si iliaque une sonde œsophagienne tronquée à son extrémité, engage dans l'ouverture extérieure de la sonde une seringue chargée d'un liquide purgatif, et procure ainsi la sortie des gaz et des liquides. Il faut éviter que le tube ne se reploie dans l'intestin, ce que l'on reconnaît en voyant l'injection s'échapper au dehors à mesure qu'on la pousse. Si le malade fait des efforts d'expulsion violens, on s'arrête et l'on saisit le moment d'une rémission pour engager le tube jusqu'à la portion sigmoïde. Arrivé là, on sent qu'il devient libre. Cette résistance est surtout marquée chez les sujets irritables, et dans les cas de constipation qui tiennent à l'irritation de la moelle épinière. Cette manœuvre est sans douleur et sans danger pour le malade.

L'auteur raconte ensuite avec détail les cas de constipation auxquels il a remédié par ce moyen, et les idées physiologiques qui l'ont conduit à en tenter l'emploi pour chaque cas en particulier.

Dans une affection de l'estomac, suite d'une goutte rétrocédée, les moyens médicaux employés jusqu'alors n'avaient fait qu'exaspérer le mal. Le tube introduit donna issue à une énorme quantité d'un fluide séreux, analogue, pour l'apparence, aux déjections cholériques, sauf les flocons. Cet écoulement continua pendant plusieurs jours, et fut suivi d'une prompte guérison.

Dans plusieurs cas de constipation qui tenait à l'irritation de la moelle, ce qu'il prétendait reconnaître à la présence d'une douleur locale dans la région des apophyses épineuses.

Dans un cas de manie consécutive à une suppression de règles, et accompagnée d'une constipation opiniâtre.

Dans un empoisonnement par le datura-stramonium, accompagné de vomissemens qui n'avaient pas diminué les symptômes nerveux. Dans ce cas, le rectum était fortement contracté. Des lavemens purgatifs ingérés par la méthode indiquée amenèrent des selles abondantes, suivies de guérison.

Dans des cas de tumeurs abdominales situées dans la fosse iliaque gauche, présumées organiques, et qui n'étaient autre chose que des scyballes accumulées, l'introduction du tube et les injections évacuèrent les matières; les purgatifs tentés d'abord avaient complètement échoué.

Dans trois cas de hernie étranglée, l'introduction du tube, en donnant issue aux gaz, fit cesser l'étranglement. Suivant lui, ces gaz distendent quelquefois le sac herniaire, et pressent avec force le collet du sac contre l'ouverture de l'anneau; comme d'ailleurs la portion d'intestin encore contenue dans l'abdomen est elle-même remplie de gaz, on ne peut, par le taxis, y faire rentrer ceux que renferme l'organe hernié. Mais que, par l'introduction du tube, on donne issue aux gaz que renferme la portion d'intestin encore renfermée dans l'abdomen, ceux que contient la portion herniée repassent librement dans le ventre, le sac cesse d'être distendu, et la hernie se réduit plus facilement.

L'auteur cite des cas de coliques simples, mais violentes, guéries par ce moyen.

Dans la dysenterie, M. O'Beirn pense que c'est à tort qu'un auteur français lui donne le nom de colite. Il pense que le point de départ de l'affection est dans l'estomac et dans l'intestin grêle, que ce sont les organes primitivement affectés; mais que par l'action de leurs parois les épanchemens sanguins et les autres liquides sécrétés, abandonnent le lieu malade, descendent dans le colon, s'y arrêtent; et c'est à ce séjour qu'il attribue les désorganisations que présente le gros intestin. Quoi qu'il en soit de cette théorie, il conseille d'introduire son tube pour évacuer les matières et les liquides ainsi déposés dans le gros intestin. Il conseille d'y joindre les fomentations sur le ventre avec l'infusion de tabac, comme affaiblissant l'exaltation du système circulatoire, sans produire les inconvéniens de la saignée locale ou générale. Plusieurs médecins de Dublin ont obtenu, par cette méthode, la guérison de plusieurs dysenteries. Il compte lui-même trois cas de succès.

Dans plusieurs tympanites, qui ne semblaient pas liées à des altérations organiques de l'intestin, son moyen a réussi.

Dans le délirium tremens, on peut, à l'aide du tube, injecter des lavemens nourrissans, tout en recourant aux stimulans narcotiques et opiacés.

Examen de la doctrine de CHARLES BELL *sur les nerfs de la face.*

Sir Charles Bell, dans son ouvrage, examine les fonctions départies à chacun des deux ordres de nerfs qui se distribuent à la face. Il choisit ces nerfs comme étant les plus propres à confirmer les résultats de ses expériences sur les racines des nerfs spinaux. Mais, suivant M. O'Beirn, Charles Bell a commis une erreur importante sur un point qui se lie étroitement à son sujet, et il a laissé un autre point en litige. L'auteur se propose de redresser l'erreur d'une part, et de l'autre de réparer l'omission.

Après une dissection minutieuse des 5e et 7e paires de nerfs; après plusieurs expériences pratiquées sur leurs ra-

cines respectives ; enfin après avoir observé les effets de leurs blessures ou de leurs maladies, sir Charles Bell arrive aux conclusions suivantes : 1° que la sensibilité de la tête et de la face dépend de la 5e paire, 2° que cette même paire par ses rameaux musculaires préside à la mastication, 3° que la portion dure de la 7e, ou le nerf respirateur de la face, gouverne les mouvemens des traits, volontaires ou involontaires, qui se lient nécessairement à l'acte respiratoire, tels que l'inspiration, la succion, la déglutition, l'action de parler, avec toutes les variétés d'expression de la physionomie qui accompagnent le langage oral.

M. O'Beirn n'adopte ces conclusions qu'avec certaines restrictions. Sir Charles Bell a bien montré que la branche antérieure ou motrice de la 5e paire, tant qu'elle est à l'intérieur du crâne, n'envoie de filet ni à l'ophthalmique, ni aux divisions maxillaires de la racine postérieure ou sensitive, et et par là même, il a fait voir que le sus-orbitaire et le maxillaire supérieur sont exclusivement des nerfs de sensibilité, et qu'ils ne peuvent influer en rien sur les mouvemens et sur l'expression de la face ; il a montré aussi que la portion motrice de la 5e paire gouverne les mouvemens de la mâchoire inférieure, et que la portion dure de la 7e paire est le nerf respirateur de la face, et qu'elle gouverne le mouvement des traits. Jusque là, ses conclusions sont justes ; mais l'auteur pense que Charles Bell se trompe *en considérant la portion motrice de la 5e paire comme uniquement destinée à la mastication, et en faisant dépendre les mouvemens de la face de la 7e paire exclusivement.*

Pour réfuter ces assertions, l'auteur rappelle d'abord les faits anatomiques suivans : 1° le trou ovale du sphénoïde est traversé à la fois par toute la racine antérieure ou motrice de la cinquième paire, et par la troisième division de la racine postérieure ou sensitive du même nerfs. *Ces deux branches arrivées à la fosse zygomatique s'unissent intimement et forment le nerf maxillaire inférieur.* Charles Bell dit lui-même que ces filamens sont tellement confondus, que toutes les branches qui émanent de cette sorte de plexus sont des nerfs composés, des nerfs de sentiment et de mouvement à la fois. 2° Immédiatement après cette union intime, le nerf envoie des branches qui s'anastomosent avec la portion dure dans l'épaisseur de la glande parotide et sur différentes parties de la face. D'autres branches du maxillaire inférieur se rendent au muscle temporal, buccinateur-mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien et digastrique, muscles qui président à la mastication et à la déglutition ; d'autres enfin vont au triangulaire du menton, à l'élévateur de la lèvre supérieure et à l'élévateur commun des lèvres. 3° Immédiatement après la formation du maxillaire inférieur par la réunion de la racine motrice avec une des branches de la racine sensitive, le maxillaire inférieur envoie une branche temporo-articulaire, qui sort de la parotide, monte sur l'apophyse zygomatique et se partage en plusieurs rameaux, qui s'anastomosent avec la branche temporo-faciale de la portion dure, et forment avec elle une sorte de plexus, qui se distribue aux muscles orbiculaires des paupières, sourcilier, occipito-frontal, et s'anastomosent avec les branches du nerf sus-orbitaire.

On voit donc par cette analyse anatomique que toutes les branches du maxillaire inférieur *sont composées à la fois de filets moteurs et sensitifs.*

De plus, que ces branches après avoir fourni aux muscles de la mastication et de la déglutition, non-seulement ont de fréquentes anastomoses avec la portion dure, mais qu'elles fournissent aussi directement aux muscles qui agissent sur les lèvres, sur les angles de la bouche, les paupières, le sourcil et le front, parties dont dépend presque toute l'expression de la face.

Ainsi donc, le nerf maxillaire inférieur tirant son origine des racines motrice et sensitive de la 5e paire doit distribuer à la fois le sentiment et le mouvement à toutes les parties qui en reçoivent des rameaux et par conséquent à la face ; il ne préside donc pas seulement à la sensibilité de la face, mais aussi à tous ses mouvemens.

Ainsi, l'anatomie nous suffit déjà pour établir que la portion motrice de la 5e paire ne borne pas son influence aux organes de la mastication, et que la 7e paire ne préside pas seule au mouvement et à l'expression de la face.

L'anatomie comparée, ajoute le docteur O'Beirn, prouve aussi que la portion motrice de la 5e paire influe sur l'expression de la face. Car le singe dont la figure grimacière est douée d'une rare mobilité, le seul animal qui partage, avec l'homme la prérogative de varier l'expression de son visage, présente un très grand développement de la 5e paire, tandis que la 7e paire est chez lui fort petite. Cette dernière devrait au contraire être fort grosse, si la mobilité de la face ne dépendait que d'elle seule.

Les expériences rapportées par Charles Bell pour prouver que la 7e paire préside exclusivement aux mouvemens de la face, prouvent tout le contraire, suivant M. O'Beirn.

Un âne ayant été renversé par terre, les narines bouchées pendant quelques secondes, pour le forcer à les dilater largement dans les inspirations, on divisa la portion dure sur le côté de la tête ; aussitôt la narine du même côté devint immobile, tandis que l'autre continua de se dilater et de se resserrer alternativement en harmonie avec les mouvemens du thorax. Au moment de la section, l'animal ne témoigna aucun douleur ; la section achevée, il ne faisait aucun effort qui pût accuser un sentiment de douleur. Abandonné à lui-même ; il ramassa et mangea sans peine du foin et du blé.

L'auteur se plaint de ce que Charles Bell s'est servi du terme vague de *côté de la tête*, nous laissant en doute sur la question de savoir quelle branche de la 7e paire avait été coupée.

Puisque la narine du côté correspondant fut paralysée, tandis que les paupières du même côté ne l'étaient pas, nul doute que les branches divisées durent être la malaire et la buccale, tandis que la temporo-faciale et la cervico-faciale restaient intactes.

Mais si la section de la buccale et de la malaire avait pour effet de paralyser les muscles auxquels elles se distribuent, les lèvres auraient dû l'être ; et elles ne l'étaient pas, puisque l'animal put ramasser le grain, le rassembler et enfin l'introduire dans sa bouche, pour le mâcher ensuite. Donc, si les lèvres conservent encore, après la section de la septième paire, une partie de leur mobilité, la 5e contribue à leur donner le mouvement.

Mais on peut objecter que l'animal conservait la faculté d'introduire les alimens dans sa bouche, parce que la 7e paire du côté opposé était restée intacte, qu'en conséquence, la moitié des lèvres conservait le mouvement, ce qui suffisait à la préhension du grain. Il est à regretter que, pour lever toute espèce de doute, Charles Bell n'ait pas fait une double section.

Cependant on doit présumer que dans ce cas même le mouvement des lèvres aurait été conservé, puisque la section du facial d'un côté n'avait pas diminué ce pouvoir préhensif. Cette présomption est fortifiée par les faits suivans.

Deuxième expérience. « Sir Charles Bell coupa sur un » singe le nerf respiratoire d'un côté, et aussitôt ce côté » fut frappé d'immobilité. L'animal perdit la faculté de eli- » gnoter; on le menaçait sans provoquer les mouvemens » craintifs des paupières et de sourcils. En même temps, » chaque fois qu'il montrait les dents, il avait les lèvres » déviées du côté opposé à la section, comme un ivrogne » paralysé.

Dans cette expérience, Charles Bell attribue la perte du mouvement des paupières et des sourcils à la section de la branche temporo-faciale de la portion dure exclusivement. C'est évidemment une erreur; car cette branche est liée d'une manière si intime avec la temporo-auriculaire qui vient de la 5e paire, qu'on peut ne couper une sans couper l'autre en même temps.

Suivant l'auteur, la paralysie pourrait dépendre de cette double section, et l'on ne doit pas l'attribuer à celle de la 7e exclusivement.

Ainsi donc, cette expérience ne prouve rien en faveur du système de Charles Bell. Pour déterminer directement sous quelle influence spéciale sont placés les mouvemens des sourcilier et des paupières, il faut recourir à la pathologie; elle satisfait davantage : mais ce n'est pas dans le sens de Charles Bell, c'est au contraire dans celui de l'auteur. Le fait pathologique que le docteur O'Beirne cite à l'appui de ses idées est emprunté à Charles Bell lui-même; il le combat ainsi avec ses propres armes.

J'ai vu, dit Charles Bell, un sujet dont les joues et les lèvres étaient tordues par la paralysie, conserver encore la faculté de tenir l'aliment avec ses lèvres, ce qui indiquait un pouvoir indépendant de la septième paire.

Ce fait dont l'auteur s'appuie avait excité du doute dans l'esprit même de Charles Bell. Aussi, dit-il en l'énonçant, qu'il ne peut pas décider si les branches musculaires de la cinquième se rendent exclusivement aux muscles des mâchoires, ou bien à d'autres parties à la fois. Son indécision vient de l'oubli de ses propres recherches. C'est qu'il ne se rappelle plus que toutes les branches des maxillaires inférieurs sont composées et contiennent des filets moteurs; s'il avait en ce fait présent à la pensée, il se serait aussitôt expliqué la source du pouvoir que conservent les lèvres, même après la section de la septième paire.

Sir Charles Bell cite des cas d'ulcères et d'abcès situés au-devant de d'oreille, qui avaient déterminé la procidence d'une des paupières, et rompu l'harmonie d'action qui la liait à l'autre. Il en conclut que la branche supérieure de la portion dure préside seule aux mouvemens de la paupière supérieure.

Mais a-t-il donc oublié que ce même ulcère ou abcès situé au-devant de l'oreille, en détruisant la branche supérieure du nerf respiratoire, a dû nécessairement affecter la branche temporo-auriculaire du nerf maxillaire inférieur. La paralysie peut donc résulter de cette double lésion.

Après avoir combattu, par les mêmes raisonnemens, l'explication que Sir Charles Bell donne encore de plusieurs cas de paralysie, l'auteur cite une quinzaine d'observations qui confirment ses idées critiques, et lui suggèrent en même temps des aperçus nouveaux. Les bornes restreintes d'une analyse ne nous permettant pas de rapporter ces observations, nous renvoyons le lecteur au texte de l'auteur, nous contentant d'énoncer ses ingénieuses conclusions :

1° La portion motrice de la cinquième paire gouverne tous les mouvemens volontaires, et la portion dure tous les mouvemens involontaires de la face. Cette conclusion a le double mérite d'assimiler la distribution de la cinquième paire à celle des autres nerfs spinaux (1). Elle lève aussi cette inconséquence, qui consiste à assigner au même nerf deux fonctions directement opposées.

2° La face, au lieu d'être sujette à une seule espèce de paralysie, est exposée à trois sortes différentes de paralysie partielle, faciles à distinguer entre elles; savoir :

Première espèce. Elle naît exclusivement d'une affection de la portion dure, et qui s'accompagne de distorsion de la face pendant les actes de parler, de rire, et les autres actes qui se rattachent à la respiration. Cette déviation n'a pas lieu quand l'individu garde le silence et que ses traits sont en repos.

Deuxième espèce. Elle naît exclusivement de l'affection de la portion motrice de la cinquième paire; elle s'accompagne d'une distorsion permanente de la face. Cette distorsion diminue pendant l'acte respiratoire, ou les mouvemens de cette partie.

Troisième espèce. Paralysie partielle occasionée par une affection des deux nerfs à la fois, la septième et la portion motrice de la cinquième. Celle-ci s'accompagne d'une distorsion permanente de la face, qui augmente encore pendant l'acte respiratoire et pendant les mouvemens du visage.

Enfin, l'auteur pose pour dernière conséquence, qu'on n'est pas en droit de considérer, avec le docteur Hutchinson, la septième paire comme toujours étrangère au tic douloureux : parce que le facial étant un nerf composé de rameaux de la septième et de la cinquième à la fois, peut être affecté dans celles de ses branches qui ont été renforcées par la cinquième paire; et s'il est prouvé que la cinquième paire est le siége de la névralgie, elle doit en être également affecté dans ses rameaux isolés, et dans ceux qui s'accolent aux branches de la portion dure.

Les faits démontrent d'ailleurs que souvent les douleurs névralgiques suivent le trajet du nerf facial, ce qui s'explique aisément d'après la remarque du docteur O'Beirne, sans qu'il soit besoin de considérer le facial comme un nerf de sensibilités.

---

(1) Il y a déjà longtemps que les physiologistes français ont émis cette idée. (*Note du Rédacteur.*)

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

OCTOBRE, 1833.

Accès hystérique et hoquet périodique guéris par l'ingestion d'une grande quantité d'eau froide.

M. le docteur Carteaux nous adresse l'observation suivante :

Au mois d'avril 1832, au moment où le choléra exerçait ses ravages à Paris, une jeune femme, âgée de trente et quelques années, perdit connaissance et tomba vers neuf heures du soir dans une des rues adjacentes au Palais-Royal. Les personnes qui la relevèrent, la croyant prise du choléra, s'empressèrent de la conduire à l'ambulance établie alors rue Neuve-Des-Petits-Champs.

A une agitation très vive, à des mouvemens convulsifs violens auxquels cette jeune femme avait d'abord été en proie, succéda un calme momentané, qui fit croire aux assistans qu'elle touchait à ses derniers instans, tant la présence du fléau laissait alors de profondes impressions dans tous les esprits. Sa figure était pâle, ses yeux à demi ouverts ne pouvaient rien distinguer, il lui était impossible de proférer un seul mot, ses membres étaient froids et dans le relâchement, à l'exception d'une main qu'elle tenait fermée, et paraissaient privés de tout sentiment. La respiration s'entendait à peine. Néanmoins l'ensemble des symptômes n'en imposa pas aux médecins qui se trouvaient de garde au bureau de secours; ils ne tardèrent point à reconnaître qu'ils avaient affaire, non à un choléra, mais à une affection hystérique, qu'un accès qui survint bientôt après caractérisa bien mieux encore. A peine la malade fut-elle placée sur un lit, que la respiration devint de plus en plus accélérée, les mâchoires se serrèrent, la figure devint rouge, le cou se tuméfia, un sentiment de strangulation se manifesta à la gorge, la déglutition devint impossible et tous les muscles entrèrent en contraction. Le corps entier formait parfois un arc de cercle, en sorte que la tête et les pieds reposaient seuls sur le lit et supportaient tout le poids du tronc. La contraction musculaire cessait par intervalle, et alors la malade se levait sur son séant, déchirant avec ses dents les vêtemens dont elle était couverte; elle s'efforçait de saisir tous les corps environnans, et se serait frappé la tête contre terre si on ne l'eût retenue. Enfin, après mille contortions, elle tombait dans un état de syncope dont elle n'était retirée que pour se livrer à de nouveaux efforts musculaires.

On se hâta de la desserrer, et de lui prodiguer tous les secours que réclamait son état, et depuis une heure on épuisait en vain tous les antispasmodiques connus, lorsque M. Cruveilhier, médecin en chef de l'ambulance, arriva et mit de suite en usage le moyen suivant, dont il avait à l'avance assuré le succès.

Il saisit le moment où les mâchoires cessaient pour un instant d'entrer en contraction, plaça entre elles le manche d'une cuiller de bois et l'y fixa d'une main, tandis que, tenant de l'autre une bouteille remplie d'eau froide, il en versa, comme on dit, à la régalade, le contenu dans la gorge de la malade. Les premières gorgées semblèrent augmenter l'état de spasme et furent promptement rejetées ; mais bientôt la contraction céda à une nouvelle quantité de liquide subitement ingérée, et en quelques minutes la malade put avaler et recouvra assez la connaissance pour demander où elle était.

Au bout de quelques instans les accidens reparurent, et le même traitement fut employé de nouveau et continué avec persévérance. L'accès disparut alors comme par enchantement pour ne plus revenir. Cette jeune femme, confuse de ce qui venait de lui arriver, ne tarda pas à demander à retourner chez elle, où on la reconduisit immédiatement. Les seuls renseignemens que nous pûmes en obtenir, furent que depuis deux ans environ elle était sujette à des accidens nerveux que la moindre impression morale rappelait fréquemment; et elle nous assura que l'accès dont nous venions d'être témoins reconnaissait la même cause.

M. Cruveillier nous a dit avoir fait plusieurs fois

cesser ainsi de semblables accès d'hystérie et guéri complétement un hoquet périodique, contre lequel une infinité de traitemens avaient été vainement employés.

Ayant eu, il y a deux mois environ, occasion de donner des soins à une dame pour un accès hystérique survenu à la suite d'un mouvement de jalousie, nous avons employé ce moyen, qui nous a parfaitement réussi.

Réflexions. — Nous ne chercherons pas à donner l'explication physiologique d'un fait sur lequel nous ne pourrions hasarder que des hypothèses; il doit nous suffire d'ajouter que le fait ait été observé par plusieurs autres praticiens, qui ont tous constaté les effets de l'ingestion d'une certaine quantité d'eau froide dans l'estomac au plus fort d'un accès hystérique. Lorsque la femme, jouissant d'un peu de repos, peut avaler lentement un grand verre d'eau fraîche, on obtient à peu près les mêmes effets. Mais on doit se demander si un liquide jeté dans l'arrière-gorge d'une femme dont tous les muscles sont dans un état de contraction désordonnée, ne pourrait point pénétrer dans les voies aériennes et y déterminer une prompte suffocation? A cette objection l'on répond par l'expérience, qui n'a jamais offert d'accidens de ce genre quoique ce moyen ait déjà été employé un très grand nombre de fois; il est probable d'ailleurs que le pharynx, étant stimulé, se contractera sur le liquide et que l'épiglotte s'abaissera, car toutes ces parties ont conservé leur sensibilité. Quoi qu'il en soit, chez la jeune fille dont on vient de lire l'observation, les convulsions cessèrent comme par enchantement, quand quelques gorgées d'eau eurent été avalées.

L'hystérie est, comme on sait, une affection presque constamment rebelle à tous nos moyens, et sur laquelle on a inventé les hypothèses les plus extraordinaires. Aujourd'hui cependant, les médecins semblent plus d'accord sur sa nature : la plupart la considèrent comme une névrose de la matrice, et quelques autres comme une irritation, une inflammation légère de ce même organe, s'accompagnant de symptômes nerveux. Nos lecteurs seront bien aise, sans doute, de connaître l'opinion de M. Lisfranc sur la nature de cette maladie.

Ce chirurgien pense que les symptômes que l'on désigne sous le nom d'hystériques dépendent quelquefois d'une névrose de l'utérus, mais que, dans le plus grand nombre des cas, c'est une irritation ou une inflammation légère de cet organe qui les détermine. Très souvent appelé près des femmes hystériques, il les a touchées, et a presque toujours trouvé la matrice dans un état de sensibilité extrême, de turgescence et d'hypertrophie, surtout dans son col. Ce sont bien là des symptômes incontestables de phlegmasie.

Ce même chirurgien a vu trois matrices recueillies sur des cadavres de femmes hystériques, qui avaient succombé pendant les accès, et toutes offraient les traces les plus évidentes d'une légère inflammation.

C'est d'après ces recherches que M. Lisfranc a établi des règles de traitement; il a insisté beaucoup plus qu'on ne le fait en général sur tout l'appareil antiphlogistique, en prenant d'ailleurs en considération la constitution et les forces des malades; il a continué l'emploie de ces moyens pendant des mois entiers, et comme à cette inflammation de l'utérus il se joint un état nerveux, il a eu recours en même temps aux opiacés, aux antispasmodiques, et même à la cautérisation trancurrente, et il a obtenu des succès extrêmement remarquables. Cette cautérisation transcurrente réussit quelquefois parfaitement quand les autres moyens ont échoué.

Tel est, suivant M. Lisfranc, le meilleur traitement à suivre : mais, malheureusement, il arrive souvent que chez les femmes hystériques, les émissions sanguines irritent tellement le système nerveux, qu'on est forcé de renoncer à ce moyen; on a recours alors au bains très prolongés, tantôt chauds, tantôt froids, aux quarts de lavement émolliens quatre ou cinq fois par jour, aux injections par le vagin avec l'eau de guimauve presque froide. On seconde tous ces moyens d'un exercice modéré, mais il faut y persister avec opiniâtreté pour pouvoir opérer une guérison durable.

Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice et une modification apportée au speculum uteri.

On trouve dans les Mémoires de l'Académie de Médecine un travail fort intéressant de M. le docteur Mélier, sur les affections de l'utérus, leur diagnostic et leur traitement.

Ce médecin considère le *speculum uteri* comme un instrument tout-à-fait indispensable dans la pratique de la médecine, le touché étant insuffisant pour faire reconnaître, d'une manière précise, et la nature et le degré de gravité de l'affection de la matrice. Mais cet instrument, tel que l'emploie M. Récamier, qui l'a remis en usage, est souvent d'une introduction difficile et douloureuse. On a cherché il est vrai, à obvier à cet inconvénient en inventant le spéculum brisé, composé de plusieurs pièces qui sont introduites, d'abord réunies en un petit volume, et qui s'écartent ensuite de manière à permettre l'exploration du col et du vagin; mais, quelque avantageux qu'il soit ainsi modifié, il a l'inconvénient d'exposer à pincer entre les deux bords écartés de ces diverses pièces les replis du vagin.

Les difficultés de l'introduction du spéculum simple et les douleurs qui l'accompagnent tiennent, suivant M. Mélier, au vide de sa cavité. Les replis du vagin s'y accrochent pour ainsi dire, pénètrent dans son orifice, et tendent à le remplir. Le speculum n'avance donc que par efforts, par secousses et en quelque sorte en sautant de ride en ride jusqu'au col de l'utérus; mais si, au lieu d'être ouvert à son extrémité, le speculum offrait un cylindre plein comme la sonde dont on se sert pour pénétrer dans l'urètre, on éviterait tous ces inconvéniens. A cet effet, M. Mélier a fait construire un mandrin de bois qui s'adapte parfaitement à la forme et au calibre du speculum de M. Récamier. Ce mandrin, en ébène, tourné est bien exactement ajusté sur la cavité de l'instrument, se termine à l'une de ses extrémités par un bout arrondi ou légèrement conique, qui dépasse de quelques lignes la petite ouverture du spéculum, tandis que l'autre extrémité, prolongée en forme de manche, sert à le retirer et à tenir l'instrument. De cette manière on peut introduire beaucoup plus facilement et avec bien moins de douleur un speculum d'un gros volume que le plus petit speculum creux ou sans mandrin.

Quand il s'agit d'explorer seulement les parties on peut se servir d'un spéculum en étain, en cuivre ou en métal quelconque, mais quand on veut cau-

tériser au moyen du nitrate acide de mercure, qui agit très fortement sur l'étain et sur le cuivre, il est indispensable de se servir d'un spéculum de cristal. Ce mandrin aurait encore l'avantage de permettre de faire usage d'un speculum en gomme élastique dont le contact serait moins pénible pour les parties enflammées.

Les speculum simples, ainsi garnis de leurs mandrins, pénètrent si facilement dans le vagin, qu'on peut presque toujours en introduire d'assez volumineux pour qu'il ne soit pas nécessaire de se servir des speculum brisés; cependant cette modification est quelquefois indispensable, quand on veut dilater les parties pour pratiquer quelques opérations, mais alors il faut choisir de préférence ceux qui sont construits de manière à dilater seulement le fond du vagin, puisque c'est cette partie seule que l'on à besoin d'explorer.

Chacun connaît la manière d'introduire le speculum : disons seulement qu'après avoir fait pénétrer avec précaution jusqu'au fond du vagin l'instrument préalablement chauffé et enduit d'un corps gras, on évite de heurter le col, que l'extrémité supérieure du mandrin doit rencontrer, en cessant de presser sur son extrémité inférieure, et en appuyant davantage sur la poignée du speculum. Le mandrin retiré, on doit apercevoir le col utérin à l'extrémité du tube, où il fait saillie et s'engage. Une chandelle allumée, placée au-devant de l'instrument, et dont on dirige la lumière avec une cuiller à soupe mise entre elle et l'œil de l'opérateur, permet d'apercevoir parfaitement toutes les parties qui sont au fond du vagin. On peut alors agir avec certitude, et employer les moyens que nous allons énumérer.

En relevant un peu le bassin, lorsque le speculum est en place, il suffit de verser un liquide quelconque dans l'instrument pour donner des bains immédiats du col de l'utérus. Non seulement ces bains prolongés agissent sur le col ainsi plongé dans le liquide; mais leur action doit s'étendre jusqu'à l'utérus lui-même. Ces bains peuvent être répétés et renouvelés aussi souvent qu'on le juge à propos; on favorise l'écoulement du liquide en inclinant légèrement le speculum. Quand on veut baigner le vagin en même temps que le col, il faut se servir d'un speculum à jour criblé d'un grand nombre de trous, qui permettent au liquide d'agir immédiatement sur les parois vaginales. Ces trous, du diamètre de deux lignes environ, ne doivent être pratiqués que dans les deux tiers de la longueur de l'instrument et du côté du col.

Il est inutile de dire qu'on peut injecter de cette manière de l'eau de guimauve, de l'eau de riz, de l'eau chloruré, des eaux minérales, etc., et même une bouillie claire de fécule de pommes de terre ou d'une autre substance émolliente, ce cataplasme devant ainsi rester en place sans s'écouler ni salir désagréablement les malades.

Cette facilité d'introduire le spéculum garni de son mandrin a donné à M. Mélier l'idée de traiter les affections du col de l'utérus absolument comme une plaie extérieure. Une malheureuse femme, atteinte d'un cancer avancé du col de l'utérus, éprouvait des douleurs atroces que rien ne pouvait calmer; les injections de toute espèce, ainsi que les plus fortes doses d'opium à l'intérieur, n'amenaient qu'un soulagement momentané, lorsque ce médecin renonça à tous ces moyens pour appliquer, à l'aide du spéculum, immédiatement sur le col de l'utérus ulcéré, un petit gâteau de charpie enduite de cérat faiblement opiacé. Dès le premier jour, la malade fut soulagée d'une manière surprenante, les pansemens furent répétés tous les jours, en ayant soin de baigner le col et de l'absterger. Quand ce pansement était omis un seul jour, les douleurs reparaissaient. On obtint de cette manière une amélioration telle, qu'on eut pu espérer, peut-être, une guérison définitive, si le mal eût borné ses ravages au col de l'utérus.

Encouragé par cette observation, M. Mélier a fait un très fréquent usage de ses pansemens, employant, suivant l'occasion, les émolliens, les résolutifs, etc. Après avoir introduit le speculum, ce médecin lave le col de l'utérus, puis l'absterge au moyen d'une éponge ou de charpie saisie avec de longues pinces; un gâteau de charpie enduite de la pommade convenable est ensuite placé à l'entrée du speculum, puis poussé avec le mandrin jusque sur le col de l'utérus. Le speculum retiré, la charpie reste, et peut être maintenue en place par les rides du vagin pendant vingt-quatre heures, quoique la femme vaque à ses occupations.

Ces différentes médications sont de la plus grande utilité dans une foule d'affections que l'on ne pourrait, par d'autres moyens, attaquer que d'une manière tout-à-fait indirecte. Ainsi, dans la métrite chronique du col, affection si commune et si rebelle à tous les traitemens, M. Mélier, après la saignée du bras et les applications de sangsues aux aînes, au pubis, au sacrum, ou sur le col lui-même, considère les bains immédiats comme un des meilleurs moyens pour calmer les douleurs et accélérer la guérison. Il emploie la décoction émolliente de guimauve ou de graines de lin, du lait tiède, de l'eau de laitue, de pavots, de jusquiame, de morelle, une décoction de son, de riz, de grande consoude, des eaux minérales de Spa, de Plombières plus ou moins mitigées, enfin le cataplasme liquide dont nous avons parlé. De plus, dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, il laisse sur le col un tampon de charpie fine imbibée d'un liquide convenable, ou enduit de cérat.

Les mêmes moyens réussissent également dans les ulcérations superficielles et les granulations du col, affection qu'on ne peut guère reconnaître au toucher. Ces ulcérations superficielles sont souvent la cause d'écoulemens rebelles qualifiés du nom de flueurs blanches. En employant les bains locaux et les pansemens directs, quelquefois en cautérisant légèrement avec le nitrate d'argent, on guérit l'affection du col, l'écoulement habituel, et en même temps les douleurs d'estomac qui accompagnent habituellement cette affection.

Les pansemens immédiats sont en outre tout-à-fait indispensables lorsqu'il existe des chancres au col de l'utérus.

Dans l'induration squirrheuse, tant que les parties ne sont pas désorganisées, on ne doit pas désespérer d'en obtenir la résolution. Ainsi, après l'emploi suffisant des émolliens et des émissions sanguines, les topiques résolutifs peuvent être portés directement sur le col, des pommades iodurées, des préparations mercurielles, des préparations d'or, etc. M. Mélier a souvent retiré de ces moyens d'excellens effets et dernièrement encore il a obtenu en très peu de temps la résolution d'un gonflement considérable et très ancien du col de l'utérus.

Quand le cancer est déclaré, les bains immédiats sont indispensables, sinon pour tenter la guérison, au moins pour pallier le mal et calmer la douleur.

Ces lotions et ces pansemens immédiats ont l'inappréciable avantage d'enlever parfaitement la sanie qui s'amasse autour de la plaie, et qui, absorbée et portée dans l'économie, est si rapidement funeste aux malades. Des mèches de charpie enduites de cérat opiacé ont même été portées jusque dans la cavité même du corps de l'utérus envahi par le cancer.

Quand on veut cautériser les ulcères carcinomateux ou phagédéniques, on emploie en général le nitrate acide de mercure (un gros de nitrate de mercure cristallisé dans une once d'acide nitrique); à l'aide du spéculum, il est aisé de porter sur les ulcères un pinceau de charpie trempé dans ce caustique. M. Mélier préconise beaucoup ce moyen, et pense qu'on pourrait en étendre l'usage plus qu'on ne le fait. Ce médecin rappelle encore qu'on pourrait retirer de bons effets des bains et des topiques appliqués immédiatement sur le col, dans la ménorragie, la disménorrhée, diverses sortes de névroses, et dans certains abaissemens de la matrice; puis il passe à un autre moyen, moins efficace il est vrai que les deux premiers, mais cependant utile dans un assez grand nombre de cas; ce sont les injections directes dans le col et dans le corps de la matrice.

On rencontre assez fréquemment une forme de métrite du col, contre laquelle les injections directes sont de la plus grande utilité; elle consiste dans une inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur du col utérin, et s'étend probablement jusque dans le corps de la matrice. Il est indispensable d'explorer les parties avec le spéculum pour pouvoir la reconnaître; on aperçoit alors l'orifice du col plus ou moins rouge; la membrane muqueuse qui se prolonge dans sa cavité paraît gonflée, boursoufflée; un mucus épais s'en écoule avec peine, et si on cherche à l'enlever avec une pince et de la charpie, ce fluide gluant s'allonge et file comme un crachat épais. Quelquefois l'orifice du col semble presque fermé, d'autres fois ses bords sont très gonflés et il paraît fort évasé: le col lui-même est ordinairement plus gonflé, plus dur, plus douloureux que dans l'état naturel. Les malades se plaignent d'un sentiment de chaleur et de prurit dans la région de l'utérus; elles éprouvent des douleurs qui ont quelquefois le caractère de celles de l'accouchement; puis elles cessent brusquement, et cette cessation brusque est ordinairement annoncée par un écoulement plus abondant. Les règles sont mêlées de mucus; le coït est douloureux; souvent ces douleurs, après avoir duré plus ou moins longtemps, s'étendent aux ovaires, qui se gonflent et participent à l'inflammation. M. Mélier explique de cette manière la plupart des ovarites et des dégénérescences dont ces organes deviennent le siége. Cette extension de l'inflammation du col à l'ovaire a été observée un très grand nombre de fois, et mérite donc de fixer au plus haut point l'attention des praticiens.

Un autre effet fort remarquable de cette métrite du col est la stérilité, qui a constamment été observée par ce médecin chez les femmes dont l'orifice était ainsi obstrué par un mucus visqueux.

Il est inutile d'insister davantage sur la nécessité d'étudier et de combattre une maladie qui a des suites si funestes; il suffira de dire que les injections directes dans le col utérin sont un moyen précieux pour combattre l'état inflammatoire de la membrane muqueuse du col, et pour le débarrasser des mucosités qui s'y amassent. Ces injections sont quelquefois douloureuses, et doivent être faites avec beaucoup de ménagement.

Le speculum étant introduit, on se sert d'une seringue à hydrocèle terminée par une canule un peu longue, mousse, en gomme élastique. On la place à l'entrée du col, on l'y introduit même un peu, et l'on pousse le liquide avec précaution et sans efforts. Il faut insister longtemps sur les émolliens, et ne faire usage des liqueurs résolutives, des eaux minérales, des astringens, qu'avec une extrême circonspection. Ces injections jointes aux saignées générales et locales, etc., finissent par rétablir le col utérin dans son état naturel, et faire cesser le catarre dont il est le siége.

Telles sont les principales considérations pratiques contenues dans le mémoire de M. Mélier, assurément un des plus intéressans du volume, et dont nous ne pouvions nous dispenser de parler dans ce recueil.

Observation de siphilis constitutionnelle avec ulcération du col de la matrice, indurations et végétations, rhagades à l'anus, etc., guérie par les antiphlogistiques et la pommade de Cyrillo.

M. Chalas, docteur en médecine à Nyons (Drôme), nous communique l'observation suivante, dans laquelle la siphilis a porté son action principale sur le col de l'utérus, ainsi qu'on en a vu plusieurs exemples à notre article 591.

Madame P.... se maria à dix-sept ans avec un individu atteint de siphilis. Elle aperçut bientôt au mont de Vénus une éruption pustuleuse, qui fut suivie de vives douleurs à chaque rapprochement conjugal, et d'un sentiment d'ardeur en urinant. Des bains et un régime sobre, presque toujours végétal, amendèrent ces accidens, qui se renouvelaient cependant toutes les fois qu'elle éprouvait de violens chagrins. Bientôt un écoulement muqueux et d'une odeur fétide eut lieu par la vulve; des injections émolliente les faisaient tarir pour quelque temps, mais il reparaissait de nouveau à la plus légère impression morale. Cet état continua jusqu'à sa vingt-huitième année.

C'était en janvier 1832; exposée pendant une heure à une pluie battante et froide, elle ne tarda pas à ressentir une douleur obtuse et gravative aux aines, puis il lui sembla qu'un corps étranger et lourd allait sortir du vagin. L'écoulement devint sanieux et d'une odeur repoussante; s'il venait à se tarir, la malade était en proie à des anxiétés précordiales inexprimables.

Trois médecins successivement consultés conseillèrent, l'un de fortes saignées au bras, des bains généraux; l'autre des applications de sangsues aux grandes lèvres; le troisième le lait d'ânesse. Sous l'influence de ces moyens, loin de subir quelque amélioration, les symptômes acquirent graduellement plus d'intensité, jusqu'au mois de juillet 1832, époque à laquelle la malade vint me consulter.

Le faciès était jaune-paille; elle éprouvait des douleurs sourdes dans l'aine gauche avec élancemens fugitifs et à de longs intervalles; sensation d'un corps prêt à tomber du vagin, ardeur et difficulté en urinant, parfois torpeur et fourmillemens dans le membre pelvien gauche. En découvrant cette dame pour examiner les parties sexuelles, je fus frappé de l'odeur repoussante qui s'en exhalait. L'entrée du vagin présentait deux ou trois excroissances dites choufleurs, et de la vulve au col de l'utérus, le spéculum

laissa voir un nombre infini de papules. Le toucher fit reconnaître un engorgement presque squirrheux de la partie postérieure du col, s'étendant jusqu'au corps même de l'utérus. Le doigt retiré était couvert d'une matière purulente où nageait par flocons une substance semblable à de la lavure de boyaux. C'est de cet écoulement que s'exhalait l'odeur infecte qui m'avait frappé. Un speculum brisé me le montra s'échappant de la surface d'un ulcère profond, à fond blafard, à bords taillés à pic et anguleux, occupant la partie supérieure du col, sur le lieu même de l'engorgement. La moindre pression suffisait pour en faire suinter du sang. De ce point jusqu'aux petites lèvres, la muqueuse était très rouge et très douloureuse.

Passant ensuite à l'examen de l'anus, où la malade accusait une cuisson fort douloureuse, je remarquai trois excroissances qui en occupaient la marge, séparées par des rhagades de diverse étendue. Depuis le mois de janvier, les menstrues étaient beaucoup plus pâles, toujours tardives et fluaient en petite quantité.

Ces investigations me conduisirent à placer la cause de tant de désordres dans une infection siphilitique contractée à l'époque du mariage, amendée par les bains et le régime, et qui n'avait éclaté si violemment en janvier que sous l'impression d'une pluie froide, dont l'effet était venu tout entier retentir dans la matrice.

D'après ce diagnostic, il fut prescrit deux saignées au bras, à quarante-huit heures d'intervalle, secondées de trois bains généraux et de quelques bouillons maigres. Le cinquième jour, il fut ajouté à cette médication préparatoire, à trois jours d'intervalle, de quatre à six sangsues sur la portion engorgée du col utérin; tous les jours des bains de siége, composés d'une décoction de ciguë. Chaque matin, dès l'entrée dans le bain, injection avec une légère dissolution de chlorure de chaux unie à vingt gouttes de laudanum de Rousseau, suivie quelques instans après d'une douzaine d'autres avec l'eau seule du bain; au sortir du bain, introduction dans le vagin jusque sur l'ulcère, d'un plumasseau de charpie recouvert de la pommade de Cyrillo, où l'on avait fait entrer deux gros de laudanum de Rousseau par once. De deux jours l'un, frictions avec un demi-gros de la pommade de Cyrillo seule, d'abord à la plante des pieds, ensuite aux gras des jambes, et enfin à la partie interne des cuisses. Le matin une pilule composée d'un grain d'extrait de ciguë et de pareille quantité de charbon animal, suivie d'une tasse de petit-lait; le soir, longtemps après le repas, une seconde et semblable pilule. Dans le courant de la journée, quelques tasses d'une décoction ordinaire de salsepareille, enfin un régime d'où les substances grasses devaient être exclues.

Ce traitement fut ponctuellement suivi quatre mois et demi. A la fin du deuxième mois, l'ulcère était cicatrisé, et l'écoulement vaginal tari. Le plumasseau fut alors supprimé, ainsi que les injections chlorurées. Au troisième, les menstrues apparurent abondantes et colorées comme dans l'état de santé. Au quatrième, l'amélioration avait marché d'un pas rapide. L'engorgement du col était à peine sensible; la muqueuse vaginale avait repris sa teinte naturelle; les choufleurs furent excisés et brûlés avec le nitrate acide de mercure; on cessa les frictions.

Enfin, au cinquième mois, la cure paraissant terminée, la malade abandonna tout remède, et passa à un régime analeptique Six mois avaient suffi pour amener une guérison que cette dame n'osait plus espérer.

Des taxes et honoraires des médecins, chirurgiens et officiers de santé, lorsqu'ils procèdent à des opérations de médecine légale, sur la réquisition des officiers de justice. — Xe article.

Les indemnités que la loi a allouées aux hommes de l'art, lorsqu'ils sont appelés, dans le cours d'une instruction judicaire, à vérifier des cas de médecine légale, sont bien rarement le juste prix des soins qu'ils consacrent à ces opérations. Ils doivent donc considérer le plus souvent cet emploi de leur zèle et de leur talent, comme un sacrifice qu'ils font à l'intérêt public.

Nous examinerons successivement, dans cette matière spéciale, les taxes auquelles ils ont droit, soit pour les visites ou opérations dont ils sont chargés comme médecins, soit pour les vérifications auxquelles ils sont appelés comme experts; les indemnités qu'ils peuvent réclamer lorsqu'ils se transportent hors du lieu de leur résidence; enfin le mode de paiement de ces taxes et de ces indemnités.

Une observation générale est que les chirurgiens et les officiers de santé sont entièrement assimilés dans cette matière aux docteurs en médecine : ils reçoivent les mêmes indemnités.

Lorsque les hommes de l'art sont requis de procéder à une opération quelconque, ils n'ont point à s'occuper de la nécessité de cette opération : il suffit qu'elle soit requise par un officier de police judiciaire, c'est-à-dire, par un procureur du roi, un juge d'instruction, un juge de paix, et même, dans les cas de flagrant délit, par les maires, les officiers de gendarmerie et les préfets. C'est à ces officiers qu'en appartient la responsabilité. Mais ils doivent se renfermer strictement dans les limites des réquisitions qui leur sont adressées; car ils n'ont rigoureusement droit à des indemnités que pour les visites ou opérations qui font l'objet de ces réquisitions. Ainsi, lorsqu'ils sont appelés à faire une visite pour vérifier l'état d'un blessé, ils ne doivent pas faire une seconde visite sans une seconde réquisition; au moins cette seconde visite ne leur serait pas payée sur les frais de justice. Il en serait de même si, requis de procéder à la simple visite d'un cadavre, ils en faisaient l'autopsie.

En général, les visites requises par les officiers de justice, ont pour objet la vérification de l'état d'un individu, et non les soins dont il peut avoir besoin; car le but de la réquisition est la constatation d'un délit. Il suit de là qu'on ne peut compter parmi les frais de justice les soins donnés à un malade. Ainsi, lorsqu'après la première visite, le médecin continue à traiter le malade, ces visites postérieures à la première, et non requises par l'autorité judiciaire, n'entrent point dans les frais de la procédure. Alors, si le blessé ou le malade est indigent, c'est à l'autorité administrateve que le médecin doit s'adresser pour en obtenir, soit des secours, soit son admission dans un hôpital, et les dépenses que son traitement occasione ne peuvent être réclamées que sur les fonds de la commune.

Ces principes généraux posés, nous arrivons aux taxes qui sont allouées aux médecins par l'art. 17 du décret du 18 juin 1811, portant réglement sur les frais de justice en matière criminelle. Cet article est ainsi conçu :

« Chaque médecin ou chirurgien recevra, savoir : 1° Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement, s'il y a lieu : dans notre bonne ville de Paris, 6 fr. ; dans les villes de quarante mille habitans et au-dessus, 5 fr. ; dans les autres villes et communes, 3 fr. — 2° Pour les ouvertures de cadavres et autres opérations plus difficiles que la simple visite, et en sus de droits ci-dessus : dans dans notre bonne ville de Paris, 9 fr. ; dans les villes de quarante mille habitans et au-dessus, 7 fr. ; dans les autres villes et communes, 5 fr. »

A la lecture de cet article, aussi remarquable par l'extrême modicité des taxes que par l'échelle défectueuse sur laquelle elles sont assises, on voit que la principale difficulté de son application consiste à distinguer les opérations plus difficiles que la simple visite.

Mais, d'abord, si l'on n'expliquait pas la rédaction assez obscure du § 2 de cet article, on pourrait croire que le premier pansement, qui est évidemment une opération plus difficile que la simple visite, doit donner lieu à des honoraires plus forts que ceux de visite et payables en sus. Mais, d'après le texte du premier paragraphe, il parait incontestable que le premier pansement doit, en général, être compris dans la première visite et que ces deux actes ne doivent donner lieu qu'à un seul et même droit. Toutefois, si le premier pansement était difficile, on devrait, telle est du moins notre opinion, le considérer comme une opération plus difficile que la simple visite, et attribuer l'indemnité fixée par la deuxième partie de l'article cité.

Quelles sont donc les opérations qui, outre le premier pansement, sont considérées comme plus difficiles que la simple visite ? Le réglement ne contient aucune règle précise à cet égard ; mais on peut la trouver dans la distinction même qu'il pose. La visite a pour objet de constater l'état soit d'un individu malade ou blessé, soit d'un cadavre. Or, toutes les fois que la simple inspection ne suffit pas pour cette constatation, et qu'il est nécessaire de procéder à des opérations quelconques, il est évident que ces opérations excèdent les bornes d'une simple visite, et doivent être taxées comme plus difficiles. Par exemple, l'examen des ossemens d'un cadavre lorsque cet examen a été ordonné pour parvenir à la connaissance de la cause du décès ; l'expérience de la docimasie hydrostatique, appliquée aux poumons d'un enfant, pour reconnaître s'il est né mort ou vivant ; la vérification d'un cadavre afin de savoir si la cause du décès est le suicide ou l'assassinat, etc. Toutes ces opérations délicates doivent sans aucun doute rentrer dans la classe des opérations plus difficiles que la simple visite.

La saignée fait-elle partie du premier pansement ? Nous ne le pensons pas : Évidemment cette opération exige plus de soins qu'une simple visite, et dès que la loi ne fait rentrer que le premier pansement dans la visite, on ne peut y comprendre la saignée par voie d'analogie. Mais, comme le plus souvent elle ne pourrait être considérée que comme soin donné au malade, elle ne pourrait figurer parmi les frais de justice.

Il est dû autant de droits que de visites régulièrement requises ; mais il n'est dû qu'un seul droit pour toutes les opérations faites à un même individu dans la même visite. Ainsi, quand les médecins ont à constater des blessures, ils ne peuvent exiger qu'une seule indemnité, variable suivant les lieux, quel que soit le nombre de ces blessures, pourvu qu'elles aient été faites au même individu. Nous devons ajouter que les indemnités des médecins sont les mêmes, qu'ils aient agi le jour ou la nuit : le réglement ne fait point de distinction à cet égard. Il en est autrement quand ils ont procédé comme experts.

F. H.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

OCTOBRE 1833.

GAZETTE DU 5.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE *sur les anévrismes faux primitifs et faux consécutifs, et sur leur traitement par la méthode d'Anel ou de Hunter;*

PAR M. NICHET, D.-M.,

Chirurgien désigné de l'hospice de la Charité à Lyon.

Après avoir mis tous ses soins à faire ressortir les différences qui existent entre l'anévrisme faux consécutif et l'anévrisme vrai, J. L. Petit finit par avouer que souvent il est impossible de les distinguer autrement que par les signes commémoratifs. (*OEuvres posthumes*, III, 236.) Or, puisqu'aujourd'hui la supériorité de la méthode d'Anel pour l'anévrisme n'est plus contestée, pourrions-nous mettre en doute l'utilité de cette opération pour une maladie qui ne diffère de l'anévrisme vrai que par son origine, et lui est parfaitement semblable en tout autre point?

Il y a cependant des chirurgiens qui tiennent encore à l'ancienne méthode. La facilité avec laquelle on trouve en général le vaisseau, l'intégrité de ses membranes sont pour eux des circonstances favorables au succès de cette opération et qui ne se trouvent pas dans l'anévrisme vrai. D'un autre côté, la crainte du retour des pulsations, ou de la gangrène de la tumeur lorsqu'elle est volumineuse, leur font repousser la méthode d'Anel.

Appliquer la ligature sur une artère saine est sans doute un grand avantage, mais la méthode d'Anel le possède, quelle que soit la nature de l'anévrisme pour lequel on y a recours. L'intégrité des membranes dans l'anévrisme faux consécutif ne saurait être un argument favorable à la méthode ancienne qu'autant qu'il s'élèverait des doutes fondés sur l'efficacité de celle d'Anel. Mais cette dernière n'a-t-elle pas cent fois réussi pour des anévrismes faux consécutifs du pli du coude? A la vérité, les guérisons qu'elle a obtenues au membre inférieur sont moins nombreuses; mais cela tient uniquement à ce que cet anévrisme s'y présente plus rarement. Outre que les membres inférieurs sont moins exposés que les supérieurs à l'action des instrumens piquans, ne sait-on pas que la plupart des chirurgiens cherchent à lier, à tout prix, dans le lieu de la blessure, une artère de la jambe récemment ouverte, ou qu'ils laissent périr le blessé d'hémorrhagie, lorsque cette opération leur paraît impraticable? S'ils accordaient à la méthode d'Anel la confiance qu'elle mérite, on verra bientôt se multiplier le succès analogue à celui dont l'observation suivante nous offre un exemple.

Obs. V. — Michel rivière, boucher, âgé de 45 ans, d'une constitution athléti que, dépouillait la tête d'un mouton des parties molles qui l'enveloppent; il se servait d'un couteau à manche fixe qu'il tenait à pleine main, et dont la pointe était dirigée vers le bord radial. Dans un des coups qu'il donnait, le couteau glissa sur la peau convexe du crâne, et conservant encore toute l'énergie de l'impulsion qui lui avait été communiquée, vint frapper la jambe gauche, dans laquelle il pénétra à la profondeur de 2 ou 3 pouces, au rapport du malade. Le couteau fut retiré à l'instant, et le sang jaillit à plusieurs pieds de distance. Le premier mouvement du blessé fut de s'opposer à sa sortie en serrant fortement la jambe avec son mouchoir; il n'y parvint qu'avec beaucoup de peine, malgré le secours qu'un de ses amis lui prêta. Le liquide, qui ne pouvait plus s'échapper par la plaie, s'accumula sous la peau, et lorsqu'il fut arrivé chez lui, la jambe était énormément tuméfiée. Un officier de santé fut appelé; il ne vit dans cet accident qu'une veine ouverte. Néanmoins il réunit la plaie de la peau, il exerça sur la tumeur une forte pression et pratiqua une saignée le cinquième jour; il fit garder le repos et la position horizontale. La plaie extérieure ne tarda pas à se réunir, et le sang fut bientôt absorbé. Lorsque les choses furent arrivées à ce point, l'officier de santé fit marcher le malade dans sa chambre et déclara qu'il était parfaitement guéri, nonobstant l'observation que lui fit la femme du blessé, qu'elle apercevait des battemens à l'endroit de la plaie. Cependant Rivière n'eut pas marché pendant quelques jours, qu'une tumeur souleva la peau de la partie interne et supérieure de la jambe; elle grossit à vue d'œil et gêna beaucoup les mouvemens du membre.

L'accident datait de vingt jours, lorsque le malade fut soumis à mon observation. Le côté interne et supérieur de la jambe était occupé par une tumeur volumineuse, dont le sommet présentait la trace d'une plaie linéaire d'environ un pouce de longueur. Cette plaie, un peu oblique, correspondait au bord postérieur interne du tibia, et à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité interne du même os. La

tumeur était agitée par des mouvemens alternatifs d'élévation et d'affaissement sensibles à la simple vue; lorsqu'on appliquait les doigts à la surface, ils étaient soulevés par un effort d'expansion très-énergique. Je comprimai l'artère crurale et vis cesser aussitôt les pulsations; elles reparurent dès que je n'interceptai plus le passage du sang. J'achevai par là de me convaincre qu'une des artères de la jambe avait été ouverte. Cette artère, à en juger par la position de la plaie, celle de la tumeur et la direction de l'instrument vulnérant, ne pouvait être que la tibiale postérieure. Je me vis forcé de déclarer au blessé qu'il ne pouvait guérir que par une opération, et de l'instruire des conséquences graves qu'aurait sa maladie, si elle étaitl ivrée à elle-même. Il en prit aussitôt son parti; il voulait, me dit-il, se délivrer à tout prix d'un mal qui l'empêchait de vaquer à ses affaires.

Le 17 octobre 1831, vingt-sept jours après l'accident, je procédai à la ligature de l'artère fémorale dans le tiers supérieur de son trajet. La compression étant exercée sur la branche horizontale du pubis, je pratiquai sur le bord interne du muscle couturier une incision de 4 pouces qui divisa d'abord la peau, puis l'aponévrose fascia-lata. Le bord interne du couturier recouvrait l'artère crurale; au lieu de l'inciser transversalement, je le soulevai et le fis tenir en dehors par le doigt d'un aide recourbé en crochet. La gaîne celluleuse qui enveloppe les vaisseaux et les nerfs cruraux étant divisée, j'isolai l'artère avec le manche aplati d'un scalpel et la soulevai avec la sonde cannelée; un fil ciré simple, mais fort, fut passé sous le vaisseau à l'aide d'un stylet aiguillé, et la constriction fut portée au point de rompre les deux membranes internes. Après m'être assuré qu'il ne passait plus une goutte de sang dans le vaisseau au-dessous de la ligature, et que les pulsations de la tumeur avaient cessé, je fis un second nœud simple sur le premier, et je coupai un des chefs de la ligature près de l'artère. Une artériole, ouverte dans la lèvre interne de la plaie, fut liée avec un fil très-mince, dont les deux chefs furent coupés tout près du vaisseau.

La plaie fut réunie immédiatement avec des bandelettes agglutinatives, réunion d'autant plus exacte que la peau reposait solidement contre le bord interne du couturier, revenu à sa direction naturelle, des plumasseaux de charpie enduits de cérat, des compresses longuettes, et un bandage circulaire modérément serré, complétèrent le pansement. Le seul chef de la principale ligature que j'eusse conservé ne fut pas placé dans un des angles de la plaie : pour qu'il n'eût pas tant de chemin à parcourir, je le fis sortir par le point le plus rapproché de la ligature, c'est-à-dire par le milieu de la plaie.

L'opéré fut placé dans son lit, la jambe et la cuisse fléchies, et placées sur le côté externe. Un sentiment de froid ne tarda pas à se faire sentir dans le pied et la jambe; on les entoura de sachets de sables chaud fréquemment renouvelés. (Potion avec 40 gouttes de laudanum à prendre dans la journée.)

2e jour. Nuit bonne; 2 heures de sommeil; pouls plein, lent et régulier; chaleur égale et modérée; langue un peu sèche. L'appareil n'est ni dérangé ni humide, le froid ne se fait sentir qu'au pied; tumeur affaissée et immobile. (Sable chaud autour du pied; fomentations avec l'eau végéto-minérale sur la tumeur; orge et lait pour boisson; diète; repos.)

3e jour. Nuit très-bonne; tumeur dans le même état que la veille; la chaleur revient dans le membre. Le pouls ni la température du corps ne s'éloignent de l'état naturel. (Mêmes prescriptions.)

4e jour. Fourmillement dans la jambe; démangeaison dans la plaie de la cuisse; il n'y a pas le plus léger symptôme fébrile. Peu habitué à une diète aussi rigoureuse, le malade se plaint d'une grande faiblesse, et désire des alimens. (Fomentations astringentes; chaleur sèche autour du membre; deux bouillons de viande.)

5e jour. La tumeur de la jambe a sensiblement diminué de volume; elle est toujours exempte de pulsations. Le froid ne se fait sentir que dans les orteils; pouls dans l'état naturel. L'appareil de la cuisse est enlevé; les lèvres de la plaie sont partout réunies, excepté à l'endroit de la ligature; la pression fait sortir par là quelques gouttes de pus; la peau n'est point soulevée aux environs de la plaie; il n'y a ni fluctuation ni douleur; tout dénote que la réunion est aussi parfaite dans les parties profondes qu'à la superficie; on panse de nouveau sans toucher aux bandelettes. Le malade éprouve une grande faiblesse; il a des bouffées de chaleur à la face suivies de sueur; son pouls est lent et faible; il attribue son malaise à l'inanition et demande avec instance des alimens. (Lait et orge; deux bouillons de viande; deux soupes maigres.)

6e jour. Même état que la veille; il s'écoule par le trajet de la ligature environ une cuillerée de pus bien lié. (3 soupes.)

7e jour. Le malade étant resté découvert pendant la nuit, a éprouvé un froid prolongé; de là insomnie, agitation. On sent pour la première fois un sourd frémissement dans la tumeur. (Compression légère sur l'anévrisme; 3 soupes.)

8e jour. La tumeur est sensiblement soulevée; on sent les pulsations de l'artère crurale depuis 2 pouces au-dessous de la ligature jusqu'à son passage à travers l'adducteur; en comprimant l'artère dans cette partie de son trajet, on suspend les battemens dans l'anévrisme. (Compression; tisane d'orge; diète.)

9e jour. Pulsations moins sensibles; les artères collatérales dilatées font sentir leurs battemens à la partie antérieure et supérieure de la cuisse et tout le long du côté externe de ce membre; l'état général est parfait; la diète est toujours impatiemment supportée. (Compression sur la tumeur; 2 soupes.)

11e jour. Le soir, les pulsations sont plus fortes qu'elles n'étaient la veille, ce qui tient à un excès d'alimentation; le malade n'ayant pu contenir sa faim, a fait dans la journée deux repas avec de la viande rôtie. (On cesse la compression, et on se borne aux fomentations avec l'eau de Goulard.) Le lendemain, les pulsations sont descendues au même degré qu'avant l'écart de régime.

13e jour. Le matin, je trouve les pulsations presque imperceptibles; mais vers midi on vient me chercher

en toute hâte; les battemens étaient devenus tout-à-coup si violens que le malade en était vivement effrayé. Je cherche la cause de ce désordre, et ne tarde pas à la découvrir : Rivière venait de faire un copieux déjeûner avec du mouton rôti accompagné d'un grand verre de vin vieux du Midi, dont une bouteille avait été mise à sa disposition. J'applique un tourniquet sur le trajet de l'artère crurale, au-dessous de la ligature; mais il n'empêche qu'incomplètement le passage du sang; il comprime les artères collatérales; il accroît l'impulsion du sang contre la ligature; il intercepte la circulation veineuse et produit l'engorgement de la jambe; pour tous ces motifs, je ne tarde pas à l'enlever. Le soir, tout est rentré dans l'ordre; les pulsations se sentent à peine. Je suis obligé d'intimider le malade, en le menaçant d'une seconde opération dans la tumeur, s'il ne s'astreint pas à une diète sévère.

Du 14e au 24e jour, les pulsations deviennent extrêmement faibles, quelquefois même imperceptibles, sous l'influence d'une diète rigoureuse, et par des applications d'eau salée froide fréquemment renouvelée sur la tumeur; la poudre de digitale pourprée a été prescrite pendant ce laps de temps à la dose de 4 et 6 grains par jour.

25e jour. La ligature tombe d'elle-même. Cet événement fort ordinaire causa une grande joie au malade, qui s'était persuadé que le sang qui arrivait dans la tumeur ne pouvait passer que par l'artère crurale. Lorsqu'il voit que l'anse qui serrait le vaisseau a été retiré intacte, il est obligé de convenir que l'artère crurale a dû être coupée et que le sang passe par une autre voie.

31e jour. Il ne reste plus à la cuisse qu'un pertuis étroit par où s'échappent quelques gouttes de pus; la petite ligature, encore renfermée dans la plaie, entretient ce léger suintement. Les pulsations de la tumeur sont faibles et rares. (A l'eau salée on substitue des applications continuelles de glace, qu'on n'avait pas pu avoir plus tôt; 6 grains de digitale; 3 soupes.)

36e jour. Après cinq jours d'application de la glace, il est impossible de voir ni de sentir le moindre mouvement dans la tumeur; mais ce moyen ne pouvant plus être continué faute de glace, je dois me borner, pour modérer la circulation et prévenir le retour des pulsations, à l'emploi de la digitale, dont la dose est portée jusqu'à 12 grains par jour, à la diète, à la compression de l'artère crurale sur le pubis avec le tourniquet de M. Dupuytren. Je pratique une saignée pour modérer l'énergie des contractions du cœur. Pour la première fois, j'explore la tumeur avec le stéthoscope. J'entends un bruissement si énergique que l'oreille en est fatiguée. Ce phénomène signalait le passage dans la tumeur d'une assez grande quantité de sang, et me détermina, malgré l'absence des pulsations, à persister dans les moyens qui viennent d'être indiqués.

44e jour. Les battemens n'ont plus reparu; la tumeur est très-circonscrite et réduite au volume d'une noix. Le froid de la saison nous ayant procuré de la glace, on en appliqua de nouveau, afin de hâter le retrait de l'anévrisme. Mais cette fois le malade ne peut en soutenir le contact; sous son influence, des battemens obscurs se font sentir, ce qui doit être attribué au resserrement des vaisseaux superficiels et au refoulement du sang dans les gros troncs du membre. On supprime la glace, et la tumeur redevient immobile.

47e jour. Les pulsations ne reparaissant plus, je permets au malade de se transporter près du feu, moyennant promesse qu'il restera assis, la jambe étendue et placée sur un oreiller. J'exerce sur la tumeur une pression modérée. La digitale a été abandonnée depuis quelques jours. Le stéthoscope fait toujours entendre un bruissement sans impulsion. Il existe dans le pied et la jambe un engourdissement que les frictions sèches font disparaître; le malade imagine de se frotter avec de la moelle de bœuf, qui donne au membre de la souplesse.

48e jour. Rivière oublie ses promesses de la veille; il fait plusieurs promenades dans la rue légèrement appuyé sur un bâton. Il n'hésite pas à m'annoncer lui-même cette nouvelle; car la tumeur n'a point augmenté et les pulsations n'ont point reparu. Je découvre au côté externe du genou des artères collatérales superficielles donnant des pulsations très-fortes; je réitère mes exhortations à garder le repos; je présente la perspective d'une seconde opération, à laquelle nous serions forcés de recourir si les battemens venaient à reparaître et à persister. Rien ne peut ébranler la confiance de cet opéré dans la solidité de sa guérison, et il continue à se promener ou à rester debout.

51e jour. Bruit tumultueux dans la tumeur, semblable à celui que produit une large chute d'eau. Ce bruit n'est plus concentré dans le petit espace occupé par l'anévrisme, mais il est éparpillé dans les muscles du mollet, sous lesquels un épanchement sanguin récent paraît s'être opéré; la jambe est fortement engorgée. Tous ces accidens sont l'effet d'une marche forcée à laquelle le malade s'est livré la veille. (Repos; position horizontale; frictions avec la flanelle imprégnée de vapeurs aromatiques pour calmer les douleurs qui se font sentir le long de la jambe et du pied.)

61e jour. Hier, le malade s'est permis un des plus rudes exercices de sa profession; il a soufflé un bœuf pendant une demi-heure pour faire, m'a-t-il dit, un essai de ses forces. Après cette épreuve, il s'est empressé d'examiner sa jambe, et n'ayant trouvé qu'un léger engorgement sans pulsations dans la tumeur, il en conclut que sa guérison est certaine. Cependant le stéthoscope me fait découvrir un fourmillement qui cesse lorsque l'artère crurale est comprimée sur le pubis, et des impulsions faibles, profondes, mais très-réelles.

71e jour. J'applique un bandage roulé sur le pied et la jambe; je place une compresse épaisse sur le lieu de la tumeur, réduit alors à un petit noyau dur et profond. Ce bandage est renouvelé tous les jours et appliqué avec le plus grand soin, précaution indispensable pour prévenir les fâcheux effets des efforts auxquels le malade ne manquera pas de se livrer. Un

bas de peau lacé a été bientôt substitué à ce bandage.

Au mois de mars 1832, j'ai cessé de voir Rivière. A cette époque, on ne sentait plus depuis long-temps ni frémissemens ni pulsations dans la tumeur, qui était réduite à un noyau à peine sensible. Alors il se livrait aux plus durs travaux de la campagne qu'il n'a plus interrompus, si ce n'est pour se rendre à pied à un marché situé à plus de sept lieues de chez lui, et en revenir également à pied, conduisant à travers les plus mauvais chemins le bétail qu'il venait d'acheter. Il y a plus de huit mois qu'il ne fait plus usage du bas lacé, sans que sa jambe en soit moins forte et sa démarche moins assurée.

Je ne m'arrête pas à faire ressortir l'erreur de diagnostic qui fut commise dans les premiers jours de la blessure de Rivière. Pour un chirurgien un peu exercé la lésion de l'artère ne pouvait être douteuse dès l'instant de l'accident. Le sang s'était échappé avec force, et avait jailli à plusieurs pieds de distance; on avait eu des peines infinies à l'arrêter par la compression; après qu'il eut cessé de couler au-dehors, il s'accumula sous la peau et donna lieu à une tumeur volumineuse; enfin la plaie de la peau cicatrisée; et le sang absorbé, il resta dans ce même lieu une tumeur avec pulsations isochrones à celles du pouls, que l'on suspendait par la compression de l'artère crurale dans le pubis : que fallait-il de plus pour caractériser une plaie artérielle? est-ce ainsi que se comportent les plaies des veines? le sang coulant avec lenteur dans ces derniers vaisseaux, ne s'échappe par un jet continu que l'orsqu'un obstacle placé au-dessus de la plaie s'oppose à son cours vers le cœur; cet obstacle enlevé, le sang cesse aussitôt de couler au dehors, un caillot se forme, et la plaie de la veine se réunit. C'est ce qu'on observe tous les jours après l'opération de la saignée : si le sang continue à couler après qu'on a ôté la ligature, ce n'est qu'en bavant et il ne tarde pas à se coaguler. Aussi n'y a-t-il pas de mort si lente à venir que celle qu'on cherche à se procurer par l'incision des veines des membres. Ce supplice usité chez les anciens produisait rarement l'effet qu'on en attendait : on sait que le précepteur de Néron fut forcé d'avoir recours au poison pour suppléer à l'insuffisance de la section simultanée des veines des bras, des jambes, et poplitées (Tacite, *Annales* XV, 44 — 45). Dans les plaies artérielles, au contraire, le sang ne cesse de couler spontanément, que lorsque le vaisseau est d'un très-petit calibre, ou que l'ouverture de ses parois est extrêmement étroite; dans tout autre cas, si la maladie est livrée à elle-même, le sang coule jusqu'à extinction de la vie, ou bien il se forme une tumeur qui aboutit constamment à une hémorrhagie mortelle, si des secours convenables ne sont pas employés. Il n'y a pas de raison pour que l'anévrisme de Rivière n'eût pas eu cette terminaison funeste sans l'opération qui a été pratiquée.

Pour peu que l'on penchât pour la méthode ancienne, on pourrait faire ressortir comme un accident de la méthode d'Anel, qui a été employée ici, le retour du sang dans la tumeur et la récidive des pulsations. Mais le fait lui-même donne la preuve que cet événement n'a aucune gravité, puisque ces pulsations ont fini par disparaître, et que la guérison a été aussi complète qu'on pouvait la désirer. Le retour du sang dans la tumeur n'est pas un accident particulier à l'observation qu'on vient de lire : tous les faits connus prouvent qu'il a eu lieu toutes les fois qu'on a mis en pratique la méthode d'Anel, même pour des anévrismes spontanés. Ne sait-on pas que lorsqu'il se forme une crevasse au sac d'un anévrisme opéré, il ne manque pas de se produire une hémorrhagie? Dans toutes les dissections qui ont été faites, on a trouvé la cavité de l'anévrisme, aussi bien que l'artère qui lui avait donné naissance, perméable au sang jusque près de la ligature. La tumeur n'a été trouvée imperméable que plusieurs années après l'opération; mais la partie du vaisseau comprise entre elle et la ligature est bien lente à s'oblitérer. Scarpa ayant injecté en 1827 les membres inférieurs sur le cadavre de Joseph Fiorini, auquel il avait pratiqué, en 1800, la ligature de l'artère fémorale droite pour un anévrisme de la poplitée, trouva encore une portion de l'artère crurale non oblitérée au niveau du troisième adducteur; elle recevait le sang d'une anastomose avec la troisième perforante, et le laissait écouler par la perforante inférieure de Murray (*Arch. gén. de méd.* 1827). Hodgson rapporte beaucoup de faits analogues, quoique moins remarquables par la longueur du temps qui s'était écoulé depuis l'opération. Mais ce retour du sang dans son ancien lit n'est pas un inconvénient très-grave; soustrait à l'impulsion du cœur, ralenti dans son cours par suite de son passage d'un lieu étroit, le système capillaire, dans des canaux plus larges, ce liquide finit toujours par se coaguler, soit dans le vaisseau, soit dans la tumeur qui se rétracte et disparaît après un certain temps.

L'exposition prolongée à un froid rigoureux précéda chez Rivière le retour des pulsations; le resserrement des capillaires superficiels fit sans doute refluer le sang dans les gros vaisseaux du membre. Depuis ce moment jusqu'à leur disparition complète, ces pulsations subirent des alternatives d'accroissement et de diminution qui coïncidèrent parfaitement avec des écarts de régime et des mouvemens exagérés, ou avec le repos, la diète et les applications réfrigérantes. Mais ces derniers moyens thérapeutiques ne faisaient que favoriser la tendance naturelle du sang à gagner les vaisseaux collatéraux, tendance qui a surmonté tous les obstacles; en effet, on aurait à dessein tenté des épreuves pour mesurer la puissance de *la force de dérivation* qu'on n'aurait pas mieux rencontré; l'indocilité de notre malade semblait conspirer avec l'art et avec la nature pour ménager un triomphe plus complet à la méthode d'Anel.

La supériorité de la ligature indirecte dans l'anévrisme faux consécutif étant reconnue, à quelle distance de la tumeur doit-elle être placée? Les détails que nous avons donnés dans notre dernière observation ne permettent pas de douter que le sang n'arrivât à la tumeur par le bout supérieur; aurait-on prévenu le retour des pulsations en appliquant la ligature plus près de l'anévrisme, sur l'artère poplitée, par

exemple? cela ne nous paraît pas probable. Il est bien vrai qu'alors il n'y aurait pas eu entre la ligature et la tumeur assez de vaisseaux pour ramener le sang dans le bout supérieur; mais le liquide n'en aurait eu que plus de facilité à pénétrer dans les troncs de la jambe, et serait rentré dans la poche anévrismale par le bout inférieur. Ne sait-on pas d'ailleurs par les observations de M. Guthrie, que lorsque dans les plaies artérielles il arrive une hémorrhagie secondaire, elle se fait bien plus souvent par le bout inférieur que par le supérieur? Ainsi la récidive des pulsations eût-elle été pour l'opéré un accident aussi grave qu'il lui a été indifférent, je n'éprouverais pas le moindre regret d'avoir placé la ligature sur l'artère crurale. Je dis plus, à part le succès dont cette opération a été suivie, les raisons ne manqueraient pas pour m'imposer la même conduite si des cas semblables se reproduisaient : la ligature de l'artère poplitée offre plus de difficultés que celle de la fémorale; on est exposé à comprendre dans le lien un des nerfs qui l'environnent; les pansemens sont beaucoup moins commodes, et ne peuvent être faits sans communiquer au membre des mouvemens que l'on doit toujours éviter; l'artère poplitée située près du genou et isolée, reçoit l'influence des mouvemens d'extension et de flexion de la jambe, elle en devient plus sujette aux hémorrhagies consécutives que la crurale, qui, pressée par les parties environnantes et placée sur la continuité d'un membre, n'éprouve que des mouvemens de totalité; enfin si la tumeur anévrismale est volumineuse et rapprochée du genou, la plaie de l'opération placée dans son voisinage peut lui transmettre l'inflammation et la faire tomber en gangrène, ainsi que Pelletan l'a observé (*Clin. chir.*, t. I p. 186).

A propos du retour du sang dans l'anévrisme, je ne dois pas omettre les renseignemens que le stéthoscope m'a fournis. Tant que les pulsations persistent dans une tumeur, leur degré d'énergie peut donner la mesure de la quantité de sang qui y pénètre; quand elles n'ont disparu que depuis peu de temps, l'application de la main fait percevoir un frémissement qui, lui-même, diminue et finit par disparaître. Si on bornait là ses investigations on pourrait croire qu'il n'arrive plus de sang dans l'anévrisme; mais le bruit que l'oreille perçoit à travers le stéthoscope ne permet pas de révoquer en doute l'abord d'une certaine quantité de liquide : ce bruit est différent suivant que la circulation est calme ou agitée. Dans l'état de repos, on pouvait le comparer, chez mon malade, au murmure d'un ruisseau; dans le moment d'une forte excitation, il ressemblait à un vent impétueux et inégal qui mugit à travers les obstacles qu'il rencontre; il devenait quelquefois si violent que la sensibilité de l'oreille en était offensée, et cependant la tumeur ne donnait aucune impulsion : on eût dit qu'il y avait entre elle et le cœur un obstacle contre lequel l'effort du sang venait se briser, pour reprendre ensuite un cours paisible. Ayant ainsi la certitude que du sang abondait encore dans l'anévrisme, ce qu'il y avait à faire c'était d'insister sur les moyens propres à modérer l'énergie des forces circulatoires; c'est ce que nous avons exécuté avec une persévérance qui ne s'est pas démentie en présence des obstacles que l'indocilité du malade élevait sans cesse devant nous.

Le retour des pulsations n'est pas le seul reproche dont on ait chargé la méthode d'Anel, appliquée à l'anévrisme faux consécutif. On a pensé qu'une tumeur devenue volumineuse ne pourrait jamais se résoudre, et qu'elle tomberait en putréfaction si on ne la délivrait des caillots de sang qu'elle renferme. C'est bien mal connaître les ressources de la nature que d'avoir de pareilles craintes. La sixième observation du mémoire du professeur Delpech, déjà citée, offre un exemple de blessure de l'artère crurale, à sa moitié inférieure, par une épée triangulaire. La tumeur ayant acquis un très-grand volume, fut prise pour un abcès, et les chirurgiens ne différaient que sur l'époque à laquelle il fallait l'ouvrir. M. Delpech, appelé, reconnut les pulsations, lia l'artère crurale à l'endroit où le couturier croise son trajet. La tumeur diminua peu à peu de volume. Le trentième jour le malade faisait au-dehors des promenades assez longues avec une canne. L'examen du membre, fait trois ans après, ne put faire découvrir la moindre trace de la tumeur sur le vivant. On lit dans la Gazette médicale de Paris (1831. — p. 290) l'observation d'un anévrisme faux consécutif de l'artère tibiale postérieure, ayant cinq mois d'existence. La tumeur, très-large, occupait tout le côté interne et supérieur de la jambe; la ligature de l'artère crurale, qui fut pratiquée par M. Dupuytren, produisit une diminution graduelle de la tumeur, et si le malade était très-affaibli lorsqu'il sortit de l'hôpital, il ne fallait s'en prendre qu'à la suppuration abondante de la plaie de l'opération. Il est difficile de se faire une idée de la quantité de sang qui peut être absorbée dans des foyers anévrismaux. On a vu des kistes qui en contenaient plusieurs livres, diminuer peu à peu sans le moindre dérangement de la constitution. (Hodgson; I, 383.)

Si l'on considérait le grand volume d'un anévrisme faux consécutif comme un motif de préférence pour la méthode ancienne, la crainte d'un danger imaginaire ferait souvent tomber dans des accidens bien réels.

Obs. VI. — Un homme de peine fut saigné au bras gauche, au commencement de février 1826. Le jour même, tuméfaction du membre, ecchymose au pli du coude, douleur. Quelque temps après l'accident, cet homme se rendit dans un hôpital où je fus à portée de l'observer. (Sangsues autour de la tumeur, cataplasme émollient dont le poids devint insupportable.) L'ecchymose disparut, mais la tumeur resta dure, sans changement de couleur à la peau. Elle s'étendit peu à peu jusqu'au quart supérieur du bras, occupant ainsi la majeure partie de la longueur du membre à son côté interne et antérieur. On ne pouvait y découvrir aucune pulsation. La compression des veines et des vaisseaux lymphatiques avait produit l'engorgement de l'avant-bras. Une douleur se faisait sentir à la partie interne du pli du coude. (Fomentations avec une solution de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre et de

safran.) Les douleurs ayant augmenté pendant ces applications, on leur substitua des bains locaux émolliens qui produisirent un soulagement marqué, mais peu durable. Ce n'est qu'alors, un mois après l'accident, qu'on soupçonna que la tumeur était formée par du sang; mais on ignorait s'il était veineux ou artériel. Afin d'éclaircir le doute, après avoir fait comprimer l'artère brachiale, on pratiqua une ponction à la partie antérieure et supérieure de la tumeur, là où elle laissait percevoir une fluctuation obscure. Il en sortit douze onces environ de sang liquide ou en caillots. Un bandage roulé fut appliqué sur le membre. Le lendemain les lèvres de la petite plaie furent écartées et laissèrent couler encore une assez grande quantité de sang; cette fois on omit l'application du bandage roulé. Le jour suivant, pendant les efforts de la défécation le bras acquit subitement un volume énorme et devint le siége de vives douleurs. On se hâta de comprimer l'artère brachiale, d'évacuer les caillots par l'ouverture déjà faite et d'appliquer un bandage roulé. Le 7 mars 1826, l'artère humérale étant comprimée à son origine avec un tourniquet, on fit, sur la partie antérieure interne de la tumeur, une incision longue de cinq à six pouces; deux livres environ de sang caillé s'échappèrent en masse à travers cette large ouverture. Les parois de la poche ayant été lavées, on aperçut dans le fond l'artère brachiale; la division faite à ses parois avait deux lignes de longueur et n'était qu'à six lignes au-dessus de sa bifurcation. La veine superposée à l'artère fut écartée, un fil double fut passé sous le vaisseau, une première ligature fut serrée au-dessus de la plaie, et on suspendit la compression; aussitôt l'hémorrhagie se reproduisit par le bout inférieur. On serra le second fil au-dessous de la plaie, entre elle et la bifurcation de la brachiale; le sang ne revint plus, bien qu'on eût cessé d'exercer la compression. On procéda au pansement; un linge percillé, enduit de cérat, fut étendu sur la surface de la plaie, dont la cavité fut remplie avec des bourdonnets de charpie, maintenus par des compresses et un bandage roulé. Le membre resta froid après l'opération. Le lendemain l'appareil était sec, la chaleur du membre revenue, le pouls développé, peu fréquent. Le malade, sujet aux hémorrhagies nasales, en éprouva une ce jour-là. Le quatrième jour on renouvela l'appareil, déjà humecté par les exsudations séro-purulentes de la plaie, dont l'aspect était satisfaisant. Mais les jours suivans la scène changea; la plaie devint blafarde et douloureuse; elle ne laissait couler qu'une sérosité grisâtre, terne; le pouls devint petit, très-fréquent; la peau chaude et sèche; la langue blanche, épaisse. Le malade perdit l'appétit, sa figure devint maigre, cadavérique; la plaie ne fit aucun progrès vers la guérison, et, quelques semaines après l'opération, cet homme avait succombé au progrès toujours croissant de ces symptômes graves.

Telles sont les suites ordinaires de l'ouverture d'un vaste foyer sanguin. Une inflammation de bonne nature s'empare rarement des organes affaiblis par une distension prolongée : tantôt la gangrène s'y établit; d'autres fois c'est une suppuration interminable; ou bien les suites de l'absorption purulente se développent. Dans le fait qui vient d'être rapporté, la ligature de l'artère humérale à la partie supérieure du bras, pendant que le peu d'étendue de la tumeur vers l'aisselle le permettait, telle était l'opération la mieux indiquée; mais des hésitations prolongées ayant permis au sang de s'accumuler en grande masse, on se crut obligé de l'évacuer par une large incision : les suites, on vient de les apprendre.

Dans une observation analogue rapportée par Scarpa, l'issue ne fut pas aussi malheureuse; mais l'opérateur ne put parvenir à isoler l'artère brachiale des parties voisines, l'inflammation adhésive avait tout confondu. Il se vit forcé de prolonger l'incision de quelques pouces vers le haut et de lier l'artère, dans un lieu où on pouvait l'isoler. La peau avait été si distendue et amincie qu'elle tomba en mortification, d'où résulta un vaste ulcère sordide, étendu depuis le condyle interne de l'humérus jusqu'au creux de l'aisselle. Malgré cet accident la malade finit par guérir sans hémorrhagie consécutive. (*Traité de l'anévrisme*, p. 456.) Si la ligature d'une artère aussi volumineuse, aussi superficielle que la brachiale est environnée de si grandes difficultés, à quoi ne devrait-on pas s'attendre, si on cherchait à lier dans la profondeur d'un membre et au milieu du sang épanché une artère comme la tibiale postérieure, ou toute autre de même calibre?

Animés du désir bien louable d'épargner au malade la douleur d'une opération, des praticiens ont tenté de faire disparaître l'anévrisme faux consécutif par la compression exercée sur la tumeur. Comptât-elle quelques succès en sa faveur, la compression ne pourrait jamais prétendre à se placer au rang d'une méthode générale. Un point d'appui solide et la position superficielle du vaisseau sont indispensables pour que la compression puisse opposer un obstacle complet au passage du sang. Il n'y a que peu d'artères qui réunissent ces conditions : de ce nombre sont la tibiale antérieure au bas de la jambe, la radiale et la cubitale dans la moitié inférieure de leur trajet. Mais les artères de la jambe à leur partie supérieure, mais la poplitée et la crurale, ensevelies au milieu de masses musculaires épaisses, ou placées au fond d'une gouttière profonde, comment effacer complètement leur cavité par la compression, sans causer des douleurs insupportables, sans faire éprouver aux organes qui les recouvrent des froissemens dangereux? Voit-on souvent des anévrismes au pli du bras, consécutifs à la saignée, disparaître par la compression, malgré tout le soin qu'on y emploie, et la position favorable du vaisseau? Il serait plus facile, je crois, de citer des exemples de gangrène de la poche anévrismale consécutive à l'emploi de cette méthode qui se présente avec un caractère si doux. Voici un fait que j'aie entendu raconter à M. le professeur Roux :

Un homme était affecté d'un anévrisme du cœur qui devait incessamment le faire périr; un anévrisme suite d'une saignée se montra au pli du coude; comme on répugnait à faire subir à cet homme une opération qui ne pouvait rien changer à son existence, on se borna à exercer sur la tumeur une com-

pression assez légère, propre seulement à retarder ses progrès. Un jour à la visite on trouva une escarre gangréneuse sur le sac, et il eut bientôt une effusion sanguine abondante; il n'y avait pas de temps à perdre, il fallait prendre un parti. Celui pour lequel on se décida fut la ligature de l'artère brachiale au-dessus de la tumeur. Le vaisseau mis à nu fut comprimé avec deux ligatures, par l'intermédiaire d'un rouleau de sparadrap; mais l'hémorrhagie se reproduisit aussitôt par la plaie. On se décida alors à poser les liens tout près de l'ouverture faite au vaisseau, et comme la première ligature était devenue inutile, on l'enleva et la plaie fut réunie; le malade guérit de son anévrisme faux consécutif; mais quelques mois après il succomba aux progrès de l'affection du cœur. La nécropsie montra l'artère brachiale oblitérée non-seulement à l'endroit de la blessure et des deux ligatures, mais encore, chose singulière, dans le point où la première ligature n'était restée appliquée que quelques minutes. Il y avait entre les deux points oblitérés un espace dans lequel le calibre du vaisseau était conservé. L'hémorrhagie qui est survenue après la première ligature ne pouvait manquer d'arriver; cet accident est aussi le résultat constant d'une crevasse du sac dans l'anévrisme spontané opéré par la méthode d'Anel : l'ancienneté de la maladie et la dilatation des communications collatérales donnent la raison de ce retour si rapide du sang. J'ai entendu citer par le même professeur, une autre observation, où la gangrène du sac fut le résultat de la compression; cette fois, on lia l'artère brachiale au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle; mais il survint des hémorrhagies consécutives qui nécessitèrent l'amputation du bras, que suivit la mort du malade.

On le voit, malgré son apparente bénignité, la compression marche entourée d'accidens aussi fâcheux que l'ouverture du sac; moins certaine dans ses résultats que cette dernière, elle doit bien mieux qu'elle céder le pas à la méthode d'Anel.

CORRESPONDANCE MEDICALE.

—

EXPÉRIENCES

SUR L'ORIGINE DU VACCIN NATUREL,

Lues à l'Académie royale de médecine, le 2 octobre 1833,

Par M. Fiard, D.-M. P.

Trois opinions existent sur l'origine du vaccin naturel : 1° celle des Jenner qui pense qu'il provient d'une maladie du cheval, appelée les *eaux-aux-jambes*, et que cette maladie, contagieuse pour les vaches, leur donne la picote; 2° celle du docteur Robert, de Marseille, partagée par quelques médecins, que le virus vaccin n'est autre chose que le virus varioleux communiqué aux vaches, modifié et dulcifié par cette transition, opinion qui semble prendre un plus grand degré d'importance depuis la publication des résultats obtenus en Angleterre, par le docteur Sunderland; 3° l'opinion que la vaccine est naturelle à la vache comme la clavelée au mouton; la variole, la rougeole, la scarlatine à l'homme.

Je viens, messieurs, vous donner communication des expériences que j'ai faites, dans le but d'éclairer ces trois questions.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — *Eaux-aux-jambes.*

En janvier 1832, profitant des propositions qui me furent faites en votre présence par un honorable membre de cette Académie, M. Barthélemy qui eut l'obligeance de me procurer un cheval de l'administration des Omnibus, atteint des eaux-aux-jambes, je recueillis avec lui et inoculai en sa présence à quatre vaches la matière abondante produite par la maladie du cheval; six piqûres furent faites à chaque vache, trois à chaque trayon. Il n'en est rien résulté, point d'éruption, pas de pustules.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — *Virus varioliqué.*

Le 13 janvier 1833, assisté du docteur Pusche, j'ai recueilli sur la dame Honoré, faubourg Saint-Martin, n° 35, atteinte d'une variole confluente, une grande quantité de virus variolique. Le septième jour de l'éruption, je l'ai inoculé à quatre vaches, seize piqûres sur huit trayons. Rien n'en est résulté, les piqûres ne se sont pas même enflammées.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — *Virus variolique.*

Le 21 septembre 1833, assisté du docteur Louyer-Villermay, j'ai recueilli, rue de Paradis, n° 38, la matière variolique produite le septième jour sur le nommé Olivier, garçon de caisse de la maison Gaudry, âgé de 23 ans. En présence de ce confrère, et aidé de lui, j'ai inoculé sept vaches (six piqures sur deux trayons à chaque vache, en tout quarante-deux piqûres). Elles ont toutes été pratiquées avec le plus grand soin; les vaches avaient été traitées avant l'opération, et rien n'a pu s'opposer à l'absorption. Toutes ces vaches étaient fort douces, à part une, et l'opération, quelquefois difficile, a pu être faite avec soin sans danger. S'il était vrai que la variole se communiquât aux vaches, je suis bien convaincu que cette expérience aurait donné un résultat. Le quatrième jour trois vaches présentèrent une légère rougeur, chacune à trois piqures; mais le huitième jour, samedi dernier, tout était effacé; rien ne s'est développé, et les vaches du reste n'ont rien éprouvé de particulier.

Ainsi, en deux fois, voilà onze vaches auxquelles j'ai pratiqué l'inoculation du virus de la variole; je leur ai fait en tout 58 piqûres; rien n'en est résulté.

Je me disposais à répéter l'expérience du docteur Sunderland, quoiqu'à mon avis l'inoculation soit

certainement plus positive, et que l'absorption du virus me paraisse bien plus certaine en l'introduisant dans les tissus qu'en enveloppant l'animal des couvertures d'un varioleux; mais j'ai appris qu'à Alfort, sur la demande de l'Académie, cette expérience était en train de se faire : mes résultats pourront être ajoutés à ceux que l'on obtiendra. J'ai cru, messieurs, vous intéresser en vous les communiquant.

Permettez-moi de vous rappeler ce que j'ai eu l'honneur de vous dire le 10 mai 1831, que la vaccine est une maladie particulière à la vache, qu'elle est fort rare en Angleterre, et qu'en France il n'est pas bien certain qu'elle se soit présentée. Entre autres choses, je vous ai fait l'historique de mes expériences sur une maladie dont les vaches sont fréquemment atteintes, et qui ressemble très-bien au cowpox, mais qui ne l'est pas, et qui a pu induire en erreur sur l'apparition de cette maladie des vaches dans notre pays. Elle existe en ce moment, à Paris, chez les nourrisseurs; je l'ai montrée à M. le docteur Villermay, la trouvant par hasard en pratiquant les dernières expériences que je viens de vous rapporter.

OBSERVATION SUR L'UTILITÉ DE LA COMPRESSION ABDOMINALE DANS CERTAIN CAS D'ACCOUCHEMENS DIFFICILES,

Communiquée par M. ROGNETTA.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu, dans le n° 53 de votre estimable journal, une note tirée des journaux anglais, concernant l'utilité de la compression ventrale dans des cas d'accouchemens difficiles par *asthénie directe* de la matrice. Cette idée m'a paru si rationnelle, que je me suis proposé de l'essayer à la première occasion. En conséquence, j'ai l'honneur de vous adresser l'observation suivante:

OBS. — Madame Preintigny, demeurant à Paris, rue des Filles-du-Calvaire, n° 3, au Marais, marchande de linge et bijoutière, âgée de 21 ans, constitution lymphatique, enceinte pour la première fois et à terme, me fit appeler dans la nuit du 6 septembre pour l'accoucher. Les douleurs l'avaient prise à onze heures du soir; et j'arrivai près d'elle à une heure du matin.

Ayant touché la femme, en arrivant, je trouvai le col de la matrice dilaté comme le disque d'une montre. L'enfant présentait la tête dans l'excavation et dans la première position. La poche des eaux était encore intacte, et ne se rompit qu'une demi-heure après mon arrivée; j'annonçai que l'accouchement ne tarderait pas à s'accomplir.

Les douleurs étaient assez fréquentes; mais quoique *vraies* (c'est-à-dire quoique dirigées dans le sens sacro-inguinal), elles n'étaient que petites et passagères; en un mot, elles ne se soutenaient pas comme elles auraient dû faire. Deux heures et demie se passèrent dans cet état stationnaire, à compter du moment de mon arrivée, puis les douleurs allèrent en diminuant d'intensité, de fréquence et de durée. La femme et sa matrice étaient, pour ainsi dire, gagnées par le sommeil. La tête de l'enfant n'avait pas dépassé d'une seule ligne l'endroit où je l'avais trouvée au commencement.

Je fis marcher la femme dans la chambre, ce qui réveilla un peu les douleurs, mais elles n'étaient pas assez fortes pour chasser la tête de l'enfant hors du détroit inférieur. Je pensai alors que j'aurais tort de temporiser davantage : 20 grains de seigle ergoté furent administrés sur-le-champ, en deux fois, à 10 minutes d'intervalle. Un quart-d'heure après, les douleurs reparurent avec un peu plus de force qu'auparant, mais la tête, quoique bien placée, n'avançait guère; ces nouvelles douleurs n'étaient ni assez fortes, ni assez soutenues. L'enfant était très-gros, la matrice n'avait pas assez de vigueur pour l'expulser. Il était près de 5 heures du matin, les forces de la femme commençaient à s'épuiser; alors je me décidai à essayer le bandage de corps.

Je pris une nappe disposée en cravate, de la largeur d'un pied à un pied et demi, je la passai, d'avant en arrière, autour de la partie supérieure du ventre de la femme; j'en croisai les chefs sur le dos. Deux aides avaient ordre de serrer à chaque retour de la douleur. *Ce moyen m'a si bien réussi à soutenir les douleurs, qu'au second retour de celles-ci, la femme est accouchée, en un instant, d'un enfant très-gros et bien portant.* Le reste n'a rien présenté d'extraordinaire.

L'avantage signalé que la compression ventrale m'a procuré dans le cas ci-dessus est d'une telle évidence que je ne crois pas qu'on puisse le contester. Pour moi, qui ai assisté la femme, je suis convaincu qu'elle n'aurait pu que difficilement accoucher d'elle-même; car, comme je l'ai dit, la matrice était dans une complète inertie, et les forces de la femme étaient presque épuisées. Aussi pensé-je que mes confrères ne seront pas fâchés de pouvoir compter dorénavant un autre bon moyen auxiliaire parmi ceux qu'on possédait déjà pour terminer certains accouchemens difficiles.

D'après les réflexions que je viens de faire sur ce moyen, je pense que la bande compressive doit être posée plutôt à la partie supérieure du ventre qu'à l'inférieure, afin qu'elle agisse sur la matrice de *haut en bas* à chaque moment de la contraction utérine. Elle est applicable dans tous les cas d'accouchemens difficiles où le seigle ergoté est indiqué. On peut l'employer conjointement avec le seigle : *vis unita fortior!* On peut aussi ne l'employer que seule, et alors elle peut remplacer le seigle.

— M. Rognetta termine en énumérant les avantages que procure l'application de ce bandage. Comme ils ont été suffisamment signalés dans l'analyse que nous avons donnée de la note de M. Allen, nous renverrons nos lecteurs au n° 53 de la GAZETTE MÉDICALE.

OBSERVATION SUR UN CAS REMARQUABLE DE TAILLE HYPOGASTRIQUE,

Pratiquée à Paris le 20 juin 1833,

Par le docteur ROGNETTA.

OBS. — M. Petracca, de Naples, âgé de 44 ans, de bonne constitution, éminemment hypocondriaque, souffrait depuis dix ans de la pierre dans la vessie. Il avait été sondé dans différentes occasions à Naples; mais n'ayant pas voulu se laisser opérer dans son pays, il me fut adressé à Paris par un des professeurs les plus distingués de Naples, *M. Petrunti*. Ce malade témoignait l'aversion la plus décidée contre les instrumens de lithotripsie. Je dois ajouter néanmoins que, malgré le désir que j'avais de le lithotripser moi-même, son canal de l'urètre était tellement étroit et sensible, sa prostate tellement engorgée et douloureuse, que le broiement aurait été sinon impossible au moins très-difficile; enfin, une autre circonstance, dévoilée par l'opération, nous a convaincus que la lithotripsie n'aurait pu le débarrasser complètement de son mal.

Je fis sonder le malade deux fois par M. Dupuytren, et, après l'avoir préparé durant quelques jours par des bains répétés et un purgatif, je pratiquai la taille hypogastrique par le procédé le plus simple. Un bistouri ordinaire et une tenette droite composaient tout l'appareil. La vessie ayant été préalablement développée par de l'eau tiède injectée dans son intérieur, je perçai sa paroi antérieure après avoir, avec les précautions convenables, divisé les parties molles qui couvrent cet organe derrière les pubis. Une seule circonstance mérite ici d'être notée; elle a trait à la manière dont je m'y prends pour inciser l'aponévrose profonde abdominale, afin d'éviter sûrement la lésion du péritoine. Après que les tissus rétro-pubiens ont été divisés de la manière que les auteurs ont prescrite, arrivé à la forte toile aponévrotique sous-musculaire, je l'incise d'abord par petits coups longitudinalement; ensuite je la débride transversalement aussi; dans la longueur de deux lignes de chaque côté, en guidant le tranchant du bistouri sur l'ongle de mon doigt, comme si je voulais débrider une hernie étranglée. De cette manière on se fraie une large voie pour l'extraction de la pierre sans blesser le péritoine.

Une première pierre fut facilement extraite; elle avait le volume d'une petite noix. La surface anguleuse et à facettes lisses de cette première pierre nous en fit soupçonner d'autres; telle fut aussi l'opinion de M. Dupuytren et d'autres chirurgiens présens à l'opération. Je parcourus donc très-attentivement avec mon doigt l'intérieur de cette vessie, qui était immense; mais je ne pus sentir d'autre pierre. Une sonde métallique, introduite par la plaie postéro-pubienne, ensuite par l'urètre, ne fit non plus rien distinguer dans la vessie. Je pansai le malade, me réservant de faire de nouvelles perquisitions plus tard, après que la première semaine serait écoulée. Une canule courbe, en gomme élastique, fut placée à demeure dans la vessie par la plaie, plongeant par son autre extrémité dans un urinal placé entre les cuisses du malade. Les bords de la plaie furent rapprochés à l'aide de bandelettes agglutinatives. Les bourses du malade furent maintenues toujours relevées vers l'aine gauche, à l'aide d'une grosse éponge placée au-dessous et couverte par un morceau de taffetas pour les garantir de l'action des urines. Le malade fut placé presque assis dans son lit, et j'eus soin qu'il eut toujours les pieds chauds, comme le recommande M. Amussat.

4e jour. Point d'accidens; le malade est sans fièvre. Je découvre la plaie en présence de M. le docteur Foy. Elle a un bel aspect; elle est réunie supérieurement. Les urines coulent librement par la canule; très-peu s'en échappe entre la canule et la plaie. (Deux bouillons; eau de gomme pour boisson.)

7e jour. J'ai ôté la canule de la plaie pour rappeler toutes les urines du côté de l'urètre. Dans le doute cependant où j'étais sur l'existence de quelque autre pierre nichée dans quelque repli de cette immense vessie, voulant faire de nouvelles perquisitions dans cet organe avant que la plaie hypogastrique ne fût définitivement fermée, je désirai être assisté par M. Dupuytren, qui se rendit trois fois près de mon malade. Nous agîmes ensemble de la manière suivante :

Aussitôt que la canule de gomme élastique fut retirée de la vessie par la plaie, nous en introduisîmes une métallique par le même canal accidentel, ce qui fut très-aisé à faire. Cette espèce de cathétérisme sus-pubien nous donna sur-le-champ la certitude de l'existence d'une seconde pierre dans la vessie.

Des petites pinces à gaîne, courbes, à peu près semblables à celles d'Hunter, mais beaucoup plus grosses, et n'ayant que deux branches seulement, de la figure de deux doigts qui se rapprocheraient ensemble, furent immédiatement introduites par la même voie dans la vessie pour saisir ce calcul; mais cette fois-ci le calcul échappa à nos recherches. La sonde d'argent fut réintroduite, puis de nouveau les pinces, et ainsi trois fois de suite : constamment le calcul était sensible à la sonde, et *introuvable* au litholabe. Enfin, ce corps ayant été saisi à l'aide d'une espèce de pince à polype, courbe, mais assez mince et longue, la pierre parut *inébranlable* dans l'intérieur de la vessie. Nous pensâmes qu'il sagissait très-vraisemblablement d'une pierre enkystée, dont une petite partie de la surface était seulement à découvert dans l'intérieur de la vessie. Cette circonstance expliquait très-bien pourquoi ce second calcul avait échappé aux perquisitions faites dans la poche urinaire au moment de l'opération. Notre première idée fut, qu'il ne serait pas difficile de déchâtonner cette pierre de la petite poche qui la contenait, en la faisant sauter dans la poche commune des urines à l'aide d'un doigt passé dans le rectum du malade, qui agirait sur la vessie d'arrière en avant, et de la pince à polype qui était déjà dans ce dernier organe et qui agirait dans l'intérieur de la vessie d'avant en arrière. C'est ce que nous fîmes en effet, et ce qui nous réussit parfaitement. Tandis que M. Dupuytren placé d'un côté du malade tenait les pinces dans la

vessie, je passai de l'autre côté du lit et je portai un doigt dans le rectum du malade; je sentis la pierre sur mon doigt, et par une double secousse simultanée que nous imprimâmes à ce corps étranger, nous réussîmes, après la troisième tentative, à déchirer la poche qui le contenait, et à le faire sauter tout entier dans la cavité de la vessie : l'extraction en fut alors très-facile. La pierre avait le volume, la forme et la couleur d'une grosse fève de marais. Une sonde d'argent introduite dans la vessie par la même plaie sus-pubienne arrivait en descendant comme dans une espèce de seconde poche vide, très-profondément située sur la paroi postérieure de cet organe : c'était l'espèce de châton d'où cette seconde pierre venait d'être extraite. Dès ce moment, je hâtai la cicatrisation de la plaie, qui fut complète au 20e jour de l'opération. Le malade n'est resté au lit que pendant les neuf premiers jours seulement. Les forces et l'embonpoint naturels à ce malade sont si vite revenus après l'opération, que, quelques jours plus tard, il a pu se mettre en diligence et s'en retourner sain et sauf à Naples.

Deux circonstances me paraissent rendre remarquable l'observation qui précède, savoir : 1° l'existence d'une pierre enkystée dans la paroi postérieure de la vessie et le procédé que nous avons mis en usage pour l'extraire; 2° la manière dont je m'y suis pris pour inciser crucialement l'aponévrose profonde de l'abdomen sans crainte de blesser le péritoine. Il résulte de ce débridement transversal de l'aponévrose ci-dessus, que le sommet de la vessie s'éloigne du pubis en tombant en arrière à mesure que cette forte toile aponévrotique est elle-même détendue par la double incision dont je viens de parler; on augmente par là l'espace vésical non couvert du péritoine, ce qui est, selon moi, un grand avantage dans cette opération.

Je ne dois pas clore le récit de cette observation sans citer honorablement le nom de mon confrère et ami, M. Cappelletti, habile chirurgien italien, qui, se trouvant de passage à Paris, a bien voulu m'aider à l'opération.

—

OBSERVATION

D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CUBITALE,

Communiquée par M. SOMMÉ,

Chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Anvers.

OBS. — Le 3 juin 1833 est entré à l'hôpital civil d'Anvers le nommé Gordeyns, âgé de 23 ans, venant de la province du Brabant septentrional pour se faire opérer d'un anévrisme de l'artère cubitale. La tumeur était située à la partie supérieure de l'éminence hypothénar de la main gauche; sa grosseur égalait celle d'un noyau d'abricot. Plus haut, le long du trajet de l'artère cubitale, on apercevait une autre tumeur arrondie plus petite. Les pulsations très-fortes étaient visibles; on les suspendait en comprimant l'artère brachiale.

Ce jeune homme dit qu'au mois de février de l'année 1831 il fit une chute sur la paume de la main gauche, et ressentit un engourdissement douloureux dans le poignet, qui se gonfla promptement. Peu de temps après, il s'aperçut au-devant du carpe d'une élévation d'abord peu apparente, mais croissant peu à peu. Cependant il ne cessa pas ses occupations de charpentier pendant les deux années qui suivirent son accident.

Vers le mois de mai dernier, les deux tumeurs augmentant, et les pulsations devenant incommodes, il consulta le chirurgien de sa commune. Celui-ci reconnut la nature de la maladie, et dans le but de prévenir ses progrès il appliqua sur la tumeur une lame de plomb maintenue par un bandage compressif. Ce moyen continué pendant deux mois ne réussit pas. La tumeur principale devint douloureuse; une escarre assez profonde faisait craindre qu'en se détachant il ne survînt une hémorrhagie. Alors le chirurgien conseilla au malade de se rendre à l'hôpital d'Anvers. Gordeyns étant d'une constitution robuste et sanguine, on prescrivit une saignée de 10 à 12 onces, et l'on procéda le lendemain de son arrivée à la ligature de l'artère cubitale. Assis près d'une table sur laquelle l'avant-bras reposait par sa face dorsale, une incision de 2 à 3 pouces, faite à la partie moyenne et interne de la face palmaire, divisa la peau et l'aponévrose antibrachiale. Les muscles cubital antérieur et fléchisseur superficiel furent écartés pour aller à la recherche du vaisseau situé assez profondément. Le chirurgien l'ayant mis à découvert s'aperçut qu'il présentait à cet endroit un renflement anévrismal de la grosseur d'un pois. Ce tubercule arrondi, lisse, avait la couleur et la consistance de l'artère. Le fil fut passé au-dessus et serré par un double nœud; les battemens des tumeurs cessèrent à l'instant. On rapprocha les bords de la plaie avec des emplâtres agglutinatifs. Le lendemain, quelques sourdes pulsations se firent sentir dans les tumeurs anévrismales, ce qui faisait craindre que la circulation ne se fût rétablie par les arcades palmaires. Dans ce cas, le chirurgien se proposait de lier l'artère radiale; mais le jour suivant les battemens avait disparu. La guérison fut contrariée par plusieurs accidens consécutifs; les muscles, ayant éprouvé un gonflement assez considérable, dépassaient les bords de la peau; l'avant-bras lui-même était tuméfié; l'opéré avait une forte fièvre; on pratiqua une nouvelle saignée et il lui fut ordonné une décoction de tamarins qui lui procurèrent quelques évacuations. La fièvre cessa. Cependant un abcès se manifesta au-dessus de l'incision, et lorsque la fluctuation fut évidente, on fit une ouverture par laquelle il sortit une grande quantité de matière purulente. Quelques jours après, un nouvel abcès mais peu apparent, s'ouvrit de lui-même au-dessous de la plaie, le long du trajet de l'artère.

L'escarre de la tumeur anévrismale du poignet se détacha sans perte de sang; mais la plaie de l'incision saignait au moindre attouchement. A chaque panse-

ment, il en sortait un sang vermeil produit vraisemblablement par la dilatation des artérioles musculaires au-dessus de la ligature, qui s'était détachée le vingt-unième jour. Un sparadrap, maintenu sur la plaie par un bandage légèrement compressif, hâta la cicatrisation, qui fut cependant fort lente; car la guérison complète ne s'effectua que vers les premiers jours d'août.

On a peu d'exemples d'anévrismes de l'artère cubitale, et comme, vers la partie moyenne et supérieure de l'avant-bras, elle s'enfonce assez profondément sous les muscles et par là devient difficile à saisir, on préfère lier la brachiale; mais ce qui rend cette observation plus intéressante, c'est la nature elle-même de cet anévrisme qu'on pourrait nommer *tuberculeux*. Outre les deux tumeurs visibles avant l'opération, il s'en est trouvé une moins développée à l'endroit où l'artère a été mise à découvert pour la lier; c'est un exemple de plus de l'anévrisme par dilatation, beaucoup moins commun que celui par rupture d'une ou de plusieurs des tuniques artérielles.

La cause vraisemblable de cette maladie est la contusion ou la distension forcée de l'artère par la chute sur la paume de la main. Ceux qui admettent l'inflammation spéciale des vaisseaux sanguins lui attribueront la formation de ces tumeurs; mais ces *artérites* et ces *phlébites*, qui ont usurpé une place dans les nosographies modernes, sont des maladies de pure invention (1).

Deux années se sont écoulées depuis la chute, et le malade a continué l'exercice de sa profession de charpentier. Ces tumeurs, peu volumineuses, auraient pu subsister encore long-temps sans inconvénient, si la compression exercée sur une d'elles n'avait pas causé une escarre qui faisait craindre que l'artère ne s'ouvrît spontanément.

Ce qui est digne de remarque, c'est que des pulsations sourdes se sont manifestées dans l'artère au-dessous de la ligature après l'opération, et qu'au bout de vingt-quatre heures elles ont cessé pour ne plus reparaître.

CONSTITUTION MÉDICALE.

—

SUR LE CHOLÉRA-MORBUS

QUI RÈGNE ACTUELLEMETT A PARIS, COMPARÉ AU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE DE L'ANNÉE 1832.

Deux questions graves se présentent en ce moment à l'attention des médecins : les cas de choléra que l'on observe maintenant à Paris sont-ils identiques avec ce terrible fléau, qui fit tant de ravages parmi nous pendant le cours de 1832, c'est-à-dire offrent-ils les caractères du choléra asiatique, ou appartiendraient-ils simplement au choléra désigné sous le nom de sporadique, et qui le serait mieux sous celui de choléra indigène? Et ensuite, le choléra, tel que nous l'observons dans ce moment parmi nous, offre-t-il les caractères épidémiques qu'il a présentés prononcés à un si haut degré l'an dernier. Telles sont les deux questions que nous allons examiner, et dont la solution d'un intérêt immédiat nous semble aujourd'hui pouvoir être donnée d'une manière positive?

C'est vers le milieu du mois qui vient de s'écouler que ces cas, qui jusqu'ici s'étaient montrés à quelque distance, quoique constamment, sont devenus assez nombreux pour fixer l'attention non-seulement des médecins, mais même des personnes étrangères à l'art. Tant que ces faits se présentèrent éloignés les uns des autres, ils ne furent nécessairement observés que par un petit nombre de témoins, on put douter de leur nature et les rapporter à l'action des causes, qui, dans d'autres circonstances, ont produit des effets au moins analogues, bien avant que le fléau indien fût venu nous visiter. Mais aujourd'hui les faits sont assez nombreux pour qu'il soit facile de décider la question et de constater de la manière la plus authentique la nature des cas que nous avons tous les jours sous les yeux. Examinons s'il existe, entre ces cas et ceux que nous avons observés l'an dernier, des différences ou des ressemblances assez frappantes pour en faire des maladies identiques, ou, au contraire, des affections différentes; et ici ce n'est pas l'ensemble des cas que nous devons étudier, ni la marche générale de la maladie : ces considérations appartiennent de droit à l'examen de la seconde question que nous nous sommes posée; c'est de l'examen des symptômes particuliers que nous devons nous occuper ici.

Nous sommes obligés de le dire, la plupart des cas que nous rencontrons aujourd'hui, soit en ville, soit dans les hôpitaux, n'auraient point été déplacés, et même auraient été des plus graves pendant la seconde moitié de l'épidémie de l'an passé. Dans la comparaison que nous allons établir ici, et pour suivre la nature dans sa marche, nous commencerons par les préludes qui s'offrent aussi fréquemment; c'est-à-dire que, chez les deux tiers environ des malades, on trouve, comme chez ceux de l'année dernière, et dans la même proportion, des phénomènes précurseurs, qui ont été considérés par les uns comme faisant partie de la maladie; par les autres, comme de simples circonstances favorables au développement du choléra. Quelle que soit, au reste, celle de ces deux opinions qui mérite la préférence, on n'en observe pas moins les mêmes préludes. Chez quelques-uns, ce sont des malaises de plusieurs jours de durée, de l'inappétence; chez d'autres, et c'est le plus grand nombre, c'est une diarrhée en apparence légère, qui n'a point du tout fixé l'attention du malade, et prend tout-à-coup un caractère de gravité qui ne permet plus de la méconnaître, quand à elle viennent se joindre les vomissemens et les crampes. Cependant, il est un bon nombre de cas, et nous pouvons les évaluer au tiers environ, où il n'y a aucun prélude, et où la maladie débute de la manière la plus soudaine, ordinairement pendant la nuit, et par la diarrhée et les vomissemens caractéristiques, et ces cas ne nous ont paru proportionnellement ni plus ni moins nombreux que l'an passé.

La forme du début est encore absolument la même : tantôt au milieu de la plus belle santé ; plus souvent après quelques jours d'indisposition ; quelquefois pendant le cours d'une autre maladie et surtout d'une maladie chronique, le choléra débute avec une intensité remarquable ; la diarrhée et les vomissemens cholériques se succèdent rapidement ; le sujet se refroidit ; la circulation capillaire est suspendue de la même manière que dans les cas les mieux caractérisés, avec cette exception pourtant que l'on observe beaucoup moins de cas de choléra foudroyant qui enlevait les sujets dans l'espace de quelques heures. La durée des différentes périodes n'offre encore aucune autre différence que celle signalée à l'instant, et au froid, dont la durée est loin d'être toujours la même, succède la période de réaction, qui est si peu prononcée pendant toute sa durée, et offre presque constamment les caractères adynamiques qui l'avaient fait rapprocher de la fièvre typhoïde.

La gravité de l'affection est encore à peu près la même. La moitié, ou à peu près, des sujets qui en sont atteints succombent comme à l'époque que nous en rapprochens et à peu près dans les mêmes périodes de la maladie. Aussi, sur 40 malades qui sont entrés à l'Hôtel-Dieu, atteints du choléra, depuis le 14 septembre, et y sont morts, nous en trouvons 16 qui ont succombé dans les quarante-huit premières heures de leur séjour, et la plupart probablement dans la période algide; les autres à une époque plus reculée de la maladie.

Tous ces caractères, pris dans la forme de la maladie, dans ses phénomènes extérieurs, dans sa gravité, dans sa durée, offrent une analogie si parfaite avec ce que nous avons observé en 1832, qu'il ne peut rester aucun doute sur l'identité entre ces différens cas; si à ces caractères nous joignons ceux fournis par l'examen cadavérique, il ne pourra plus rester aucun doute. Et effet, c'était plutôt l'absence des lésions qu'aucune lésion grave qui servait à caractériser les sujets morts du choléra. La même chose s'observe maintenant. On trouve bien quelques congestions qui ne sont évidemment que le résultat de la stase du sang dans les capillaires de l'intérieur comme dans ceux de l'extérieur; mais on ne trouve aucune lésion qui domine la maladie, à laquelle on puisse la rapporter.

Si nous réunissons à ces différentes circonstances l'absence d'une cause appréciable qui puisse expliquer des phénomènes aussi graves, nous sommes obligés de reconnaître une identité parfaite entre les cas que nous observons aujourd'hui et ceux que nous avons vus en si grand nombre en 1832; la seule différence est dans la moindre intensité, ou plutôt dans la durée plus prolongée de quelques cas. Car sous le rapport de l'intensité, il y a peu de différence, et au moment où nous écrivons ces lignes nous venons de voir à l'Hôtel-Dieu des maladie qui sous le rapport de la coloration cyanosée, du froid glacial de la peau et de l'air expiré, et de l'absence de la circulation dans les gros troncs artériels, ne le cèdent en rien aux cas les plus graves de l'an dernier.

Ainsi se trouve résolue pour nous la première question que nous nous étions proposé d'examiner. Quant à la seconde, savoir si le choléra asiatique qui règne parmi nous en ce moment offre les caractères épidémiques ; elle exige de plus grands développemens que la première et quelques réflexions préliminaires sur les caractères propres aux épidémies.

Il ne suffit pas qu'une maladie s'observe fréquemment dans un lieu pour qu'on puisse la considérer comme épidémique; ainsi, tous les ans, à l'époque où la saison rigoureuse de l'hiver commence à faire place à une température plus élevée, on observe beaucoup de pneumonies, et cependant on ne voit pas dans ces cas, quelque nombreux qu'ils soient, une épidémie de pneumonies, à moins que quelqu'un des phénomènes propres à cette maladie, ne soit en même temps commun et à la pneumonie et aux autres maladies qui règnent en même temps. Ainsi, l'un des premiers caractères d'une maladie épidémique c'est donc l'influence qu'elle exerce sur les autres affections auxquelles elle communique ordinairement un caractère de communauté qui permet toujours de les en rapprocher sous quelque rapport. Lorsque le choléra, l'an dernier, se répandait avec le plus d'intensité parmi nous, la plus grande partie de la population éprouva quelqu'un des symptômes qui le caractérisent, et le même phénomène fut observé en même temps chez la plupart de ceux qui furent atteints de maladies différentes qui, presque toutes, prirent une teinte cholérique. Si nous ouvrions l'histoire de la médecine, nous retrouverions ce même caractère dans toutes les épidémies pestilentielles ou autres, sur lesquelles nous avons des documens historiques de quelque valeur.

Le second caractère d'une maladie épidémique c'est la circonstance qu'elle est constamment précédée d'une autre maladie, quelquefois moins grave, mais d'autres fois d'un caractère insidieux, qui lui sert d'avant-coureur et la devance dans tous les lieux qu'elle envahit successivement. L'histoire de toutes les grandes épidémies nous en offre encore la preuve.

Enfin le dernier caractère que présente constamment toute maladie épidémique est pris dans la marche que suit l'épidémie dans tous les lieux où elle se déclare, et qui l'a fait comparer à celle d'une maladie individuelle offrant diverses périodes successives, celles des préludes, du début, de l'accroissement et du décroissement des symptômes, et enfin celle de la terminaison. C'est un fait d'une observation générale, que quand une maladie apparaît avec la forme et les caractères épidémiques, c'est toujours au début qu'elle offre le plus de gravité et que la mortalité est proportionnellement plus forte; mais à mesure qu'elle s'éloigne du début, que ce soit dans l'espace de quelques jours, de quelques semaines ou de plusieurs mois, constamment on observe une diminution notable dans la gravité des symptômes. On aurait tort d'attribuer, comme quelques médecins ont tenté de le faire, cette décroissance continuelle dans la gravité des symptômes à l'effet des médications qui acquerraient d'autant plus d'efficacité que l'on réunirait plus de connaissance sur la nature de la maladie. Sans doute on ne peut nier que dans les premiers instans de l'invasion d'une maladie formidable, l'embarras des médecins sur le choix du traitement à adopter puisse être cause de quelques résultats fâcheux ; mais tout en reconnaissant la réalité de cette cause, on a de la peine

à garder son sérieux en voyant l'empressement avec lequel chacun vante ses nombreux succès, obtenus souvent par les moyens les plus opposés, vers le déclin de l'épidémie, et qui doivent être bien plutôt attribués à la diminution de l'intensité et de la gravité de la maladie qu'à l'efficacité réelle de ces différentes médications.

Tels sont les caractères que présente toute épidémie et que nous avons observés dans celle de 1832, ainsi qu'on les retrouve dans toutes celles sur lesquelles nous avons des documens historiques complets. Examinons maintenant si ces caractères se retrouvent dans les cas que nous observons en ce moment, et si on peut croire à une nouvelle invasion du choléra épidémique parmi nous.

C'est en vain que nous cherchons parmi les maladies qui règnent en ce moment une influence générale à laquelle on puisse accorder le nom de constitution médicale. Nous ne trouvons partout que des individualités sans caractères généraux analogues qui puissent les faire voir sous l'influence d'une cause étrangère leur imprimant son cachet, et nous ne croyons pas nous tromper en disant que les affections catarrhales des voies digestives, les entérites, les colites, les flux de ventre, la diarrhée, ne sont pas plus fréquentes en ce moment qu'elles ne le sont communément à d'autres époques de l'année, et même qu'elles le sont moins que la saison et l'usage abondant des fruits d'une qualité inférieure, et surtout de raisins qui ne sont pas arrivés à une parfaite maturité, ne pourrait le faire craindre. Ainsi le symptôme qui a dominé l'an passé dans la plupart des maladies pendant toute la durée du choléra, et a imprimé un caractère particulier à la constitution médicale de cette époque, se présente aujourd'hui moins fréquemment qu'on n'aurait droit de l'attendre et n'est remplacé par aucun autre caractère général : il est donc permis de considérer tous les cas de choléra qui se présentent maintenant comme isolés, comme ne dépendant point de la constitution médicale du moment.

Le second caractère que nous avons attribué à toute affection épidémique, celui d'être constamment précédé d'une autre affection qui lui sert d'avant-coureur, nous paraît manquer également dans le cas qui nous occupe. La grippe qui a régné à la fin de l'hiver dernier est déjà trop éloignée de nous pour qu'on puisse lui faire jouer ce rôle.

L'intensité avec laquelle le choléra a débuté en 1832 n'a pas été un des phénomènes les moins remarquables qu'il a présentés. Les premiers cas observés furent certainement les plus graves, et déjà, au bout de dix à douze jours, il y avait une différence notable dans l'intensité de la maladie. Les premiers qui furent frappés succombèrent presque tous. Un relevé fait sur les registres de l'hôtel-Dieu nous a appris que sur les 100 premiers malades reçus dans cet hôpital, sous le nom de cholériques, 96 y sont morts, et tout nous porte à croire que les 4 qui sont sortis guéris n'étaient pas atteints de cette affection. A cette période de l'épidémie aucun traitement ne fut employé avec avantage, mais plus tard, à mesure que la maladie perdait de son intensité, toutes les médications vantèrent leurs succès, et à la fin les salles de ce vaste hôpital, qui au début étaient remplies de cas de choléra cyanosé, ne contenaient plus que des cas de cholérine plus ou moins grave. Telle est la marche du choléra épidémique, celle qu'il a suivie dans tous les lieux où il a offert le même caractère épidémique. Mais est-ce celle qu'il vient de suivre? Aussitôt que les cas ont été assez nombreux pour fixer l'attention, bien que fort graves, ils n'ont cependant pas présenté, à beaucoup près, la gravité des premiers cas de l'an dernier, et aujourd'hui, après que plus de trois semaines se sont écoulées depuis ces premiers cas, ceux que nous observons ne présentent ni moins d'intensité, ni moins de gravité que dans les premiers jours ; en sorte que si d'une part la maladie a présenté au début une espèce de bénignité en comparaison de l'épidémie de 1832, de l'autre elle n'a éprouvé aucune diminution dans son intensité, et ne peut, sous ce rapport, être rapprochée non-seulement de l'épidémie à laquelle on a voulu la comparer, mais même de toute autre épidémie ; car l'un des caractères les plus importans de toute maladie épidémique, c'est de présenter cette gradation des symptômes graves, continuellement décroissante depuis le début jusqu'à la terminaison. Ainsi la maladie qui règne en ce moment parmi nous, et dont on ne peut méconnaître l'identité avec le choléra asiatique, n'offre donc aucun des caractères que l'on s'accorde à attribuer à toutes les épidémies, et ne peut être considérée comme une nouvelle invasion épidémique de cette terrible maladie.

Nous sommes amenés naturellement à nous demander de quelle nature sont les cas que nous observons en ce moment. Pour répondre à cette question, nous devons d'abord établir un fait qui, bien que ne reposant que sur l'analogie, n'en est pas moins certain, et dont nous trouvons une nouvelle preuve dans ce qui se passe en ce moment sous nos yeux à l'égard du choléra. La plupart des grandes maladies épidémiques qui ont traversé le monde, en partant des lieux que l'on regarde communément comme la première habitation de la race humaine, et se dirigeant de l'est à l'ouest, n'ont pas disparu subitement, et ont laissé dans les lieux qu'elles ont parcourus des traces que nous retrouvons dans quelques cas, même de nos jours ; ainsi la variole. Chacun a craint qu'il n'en fût de même aussi du choléra, qui est parti du même point du globe et a suivi à peu près la même route; et aujourd'hui il n'est plus possible de ne pas reconnaître qu'il a pris séjour parmi nous, qu'il compte déjà entre les maladies dont chacun de nous peut être atteint à chaque instant, et dont cependant la pensée nous préoccupe moins que celle du choléra. Il n'est donc point étonnant que nous observions encore des cas de cette affection. Quant à sa plus ou moins grande fréquence, elle n'a rien également qui doive nous surprendre : n'en est-il pas de même des autres maladies, qui ne se montrent ordinairement parmi nous que sous forme sporadique? N'est-il pas des temps où la péritonite, la pneumonie, les fièvres de toute espèce sont extrêmement rares, et d'autres où elles sont plus communes? Pourquoi n'en serait-il pas de même du choléra, puisqu'il est démontré que depuis plus de dix-huit mois il ne nous a pas quitté. Bien plus, même lorsqu'il sera complètement acclimaté, il est assez probable qu'il se mettra plus en harmonie avec les ha-

bitudes de la vie, avec les vicissitudes du climat, et que son accroissement et son décroissement suivront une marche analogue à celle des autres maladies qui depuis long-temps sont acclimatées parmi nous, et qu'on pourra apprécier, non la cause qui met en action les phénomènes morbides dont il se compose, mais quelques-unes des circonstances qui favorisent son développement, comme nous le faisons pour plusieurs autres affections.

Ainsi, bien qu'il nous soit impossible d'affirmer qu'une nouvelle épidémie ne pourrait apparaître parmi nous, cependant les légères recrudescences, semblables à celle dont nous sommes témoins en ce moment, devront causer moins d'alarmes que si le choléra avait complètement disparu, et surtout lorsque ces recrudescences n'offriront aucun des caractères qui appartiennent aux grandes épidémies.

ACCOUCHEMENS.

—

NOTE SUR LES VAGISSEMENS UTÉRINS,

PAR M. VILLENEUVE,

Professeur d'accouchemens à l'hospice de la Maternité de Marseille.

Habitué à lire dans la GAZETTE MÉDICALE de Paris d'excellens articles de médecine, suivis de réflexions très-judicieuses, je n'ai pu résister au besoin de répondre à une observation contenue dans le n° 63 de votre estimable recueil, daté du 7 septembre. Je veux parler de l'observation de *vagissemens utérins* par J.-R. Ward, Je vous serai très-obligé d'insérer les réflexions suivantes dans votre plus prochain numéro.

Ce médecin prétend avoir vu la respiration se faire et avoir entendu les cris d'un enfant encore contenu dans le sein de sa mère. A cette assertion il en joint tant d'autres plus extraordinaires encore, je dirai même merveilleuses, qu'il est impossible de ne pas s'arrêter un moment sur des faits si hardiment annoncés pour en examiner la possibilité.

L'enfant se présentait bien, dit M. Ward ; mais que présentait-il ? Plus bas il est parlé de la tête, quelle partie de la tête ? le vertex ou la face ? Il n'en dit rien. Nous tâcherons de le deviner. C'est pourtant une chose importante. Le périnée, dit l'auteur, était étroitement collé sur la lèvre supérieure. Que peut nous faire présumer cette disposition ? Le léger effort qui a suffi à M. Ward pour dégager la bouche de l'enfant des parties molles de la mère peut faire supposer une présentation de la face. Je ne sais si, en Amérique, cette présentation est considérée comme bonne. Certains praticiens du continuent, célèbres d'ailleurs, n'ont pas encore adopté ce sentiment ; mais il ne peut manquer de devenir général avec le temps, qui, seul, peut démontrer l'exactitude des assertions que madame Lachapelle, en France, et M. Boer, en Autriche, ont avancées à ce sujet. Les mots suivans peuvent faire croire à une présentation de la face : « la tête s'offrit seulement à la vulve, le périnée étroitement collé sur la lèvre supérieure. » Or, si le périnée pressait la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et le menton pouvaient se trouver en devant sous le pubis, c'est-à-dire après la rotation de la face. (2e temps.)

Si c'était une position occipito-antérieure du vertex, la manœuvre par laquelle M. Ward s'est empressé d'établir la respiration chez l'enfant est tout-à-fait contr'indiquée, et n'a pu consister en un léger effort comme il le dit ; car, pour que l'air ait pu pénétrer dans la bouche dont la lèvre supérieure était pressée par le périnée, il a fallu ramener cette lèvre ou plutôt l'arcade dentaire supérieure d'arrière en avant au niveau de la vulve, et, par ce mouvement, il tendait à mettre le diamètre occipito-mentonnier en rapport avec le cocci-pubien, en rapprochant l'occiput derrière le pubis, et empêchait la pointe occipitale de se dégager la première, comme cela a toujours lieu inévitablement dans toutes les positions du vertex ; mais par ce léger effort, il dégagea, dit-il, la bouche de l'enfant des parties molles de la mère, c'est-à-dire que la tête se dégagea hors de la vulve. La nature, plus prévoyante que l'opérateur, a seule dégagé la bouche de l'enfant des parties molles de la mère, et le prétendu léger effort employé par l'accoucheur a tout simplement coïncidé avec la contraction utérine qui a chassé la tête et non la bouche.

D'après ce parallèle entre une présentation de la face ou d'une position occipito-antérieure, je pencherai plutôt à croire à cette dernière qu'à la première. Dans les positions de la face qui ne présentent l'ouverture de la bouche et du nez à la vulve qu'après le mouvement de rotation, je crois la respiration impossible (quoiqu'il soit facile de voir les lèvres s'appliquer sur le doigt comme pour opérer la succion), parce que le cou de l'enfant fortement distendu par le déjettement de la tête sur le dos est comprimé souvent pendant très-long-temps par les pubis auxquels il correspond toujours lors de l'expulsion de l'enfant. De plus, celui-ci pressé vigoureusement par les contractions utérines ne peut jouir d'aucune liberté dans les mouvemens mécaniques de la respiration essentiellement concomitans de l'action chimique. Dans les positions du vertex, au contraire, je conçois plutôt, sans l'admettre pourtant, la possibilité de la respiration, mais toujours après le dégagement complet de la tête à travers la vulve, et au lieu d'être rassuré, comme le docteur américain, et d'attendre comme lui le réveil des contractions utérines, je songerais à dégager, le plus tôt possible, les épaules, de peur que la respiration, une fois établie, ne fut trop long-temps suspendue par la pression trop prolongée de l'utérus sur la poitrine de l'enfant, et je songerais après, avec plus de sécurité à la mère.

Quelque réservé que je sois pour admettre la possibilité de la respiration chez un enfant dont la tête est hors de la vulve, et le tronc encore contenu dans le sein de la mère, opinion partagée non-seulement par

feu le professeur Davidge, mais encore par Ritgen, je dois dire que je ne conçois l'établissement de ce phénomène que dans le cas où l'enfant traverse un bassin assez large pour permettre la dilatation de la poitrine à l'instant même où celle-ci prend la place de la tête; et quand le bassin est large, le reste de l'enfant sort avec trop de rapidité pour que la respiration ait le temps de s'établir, et en supposant que, par un accident quelconque, la respiration ait le temps de s'établir, il serait toujours dangereux d'attendre de violentes contractions qui, en repoussant les fesses et comprimant l'abdomen de l'enfant, refoulent le diaphragme, et s'opposent à la continuation de la respiration, si elle s'est réellement établie, phénomène auquel je déclare n'avoir jamais assisté.

D'après le silence absolu que l'auteur a gardé, soit sur la présentation, soit sur la position de la partie, seuls points essentiels qu'il était urgent de faire connaître, il est permis, sinon de nier, du moins de douter fortement de ces vagissemens qui font le titre de cette observation.

Mais, poursuivons; l'accoucheur inquiet de la longueur du travail semble faire croire qu'une anse de cordon passée autour du cou de l'enfant doit ralentir son expulsion. Aussi trouve-t-il deux tours sur le cou. Ensuite, soutenant la tête qui n'était pas sortie, il trouve de plus, la direction ultérieure du cordon s'écartant de l'ombilic qui faisait présumer qu'il allait encore s'enrouler autour de la jambe (il ne dit pas laquelle). Ici, j'avoue qu'il m'est impossible de comprendre comment il a pu faire pour trouver cette direction ultérieure du cordon, s'écartant de l'ombilic, etc., etc. Si je ne craignais de paraître niais, je dirais que notre accoucheur a dû toucher l'ombilic de l'enfant: pour le toucher, il a dû introduire la main. Mais l'enfant se présentait bien, l'effort alors n'a pas dû être si léger. Comment associer des idées si disparates? Quoi! le docteur Ward a le bonheur de s'assurer qu'il existe deux tours de cordon sur le cou, je veux en admettre la possibilité. Mais ces tours du cordon doivent provenir de l'ombilic, et alors le cordon se dirige vers la tête. Eh! comment se fait-il que, par la direction ultérieure du cordon s'écartant de l'ombilic on a pu présumer qu'il allait encore s'enrouler autour de la jambe. Dans ce cas-là, le cordon devait être double, une portion pour la tête et l'autre pour la jambe: ce fait serait d'autant plus merveilleux qu'il serait unique dans les fastes de l'art. Ce qu'il y a de plus merveilleux encore, c'est qu'avec les deux tours sur le cou, on avait deviné juste pour la jambe que l'on a effectivement trouvée enveloppée par un tour du cordon. Pour moi, j'avoue avoir senti le cordon autour du cou d'un enfant avant le dégagement de sa tête à travers les parties molles; mais je n'ai jamais senti d'anse de cordon autour d'une jambe que dans le cas de version, et l'avoir vu plus souvent encore après l'expulsion du fœtus sans avoir eu le talent de le deviner ni de le présumer d'avance.

En résumé, que reste-t-il de certain dans cette observation? La présentation de la tête. Mais l'accouchement est bien différent selon que son issue a lieu par la face ou par le vertex. La différence des positions de ce dernier importe encore beaucoup. Rien à ce sujet. L'auteur dit cependant: « La tête était immobile dans la position décrite. » Mais où se trouve cette description? Je l'ai cherchée en vain.

Enfin, qu'est-ce qui a pu le déterminer à solliciter la respiration? Est-ce parce que les battemens du cœur étaient faibles? Mais qui ignore que pendant la contraction la circulation fœtale est alternativement suspendue, et, dans l'intervalle des contractions, si celles-ci sont fréquentes, à peine si on parvient à l'entendre; encore est-elle troublée et elle doit l'être pour mieux préparer l'enfant à la respiration. Hâter ce moment, ne peut être que très-dangereux pour un être aussi délicat. Bien plus, en supposant que l'on y réussisse, je ne crains pas de dire que cette manœuvre donnerait plus sûrement la mort à un enfant encore contenu en grande partie dans le sein de sa mère. Les raisons exposées plus haut l'expliquent suffisamment. Je ne balance pas à soutenir qu'un état de pléthore et même d'anémie bien prononcé est préférable à la respiration d'un enfant si incommodément placé pour remplir cette fonction. Je crois même qu'il est du devoir de tout accoucheur de blâmer cette sécurité qui a porté M. Ward à diriger ses soins vers la mère, rassuré qu'il était d'avoir fait respirer et crier un enfant non encore expulsé par l'utérus, et dont le cou était plus ou moins serré par deux tours de cordon auxquels une autre anse de ce cordon passée autour de la jambe devait imprimer une certaine tension qui devait bien un peu ralentir le bruit des vagissemens de l'enfant.

J'ai l'honneur d'être, etc.

VILLENEUVE, D.-M.

Chirurgien en chef et professeur d'accouchement de l'hospice de la Maternité de Marseille.

CORRESPONDANCE MEDICALE.

—

OBSERVATIONS DE BLESSULES DE L'ARTÈRE RADIALE.

COMMUNIQUÉES PAR M. BÉRARD JEUNE,

Agrégé près la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

La lecture du mémoire intéressant que M. Richet vient de publier dans les numéros du 21 septembre et du 5 octobre 1833 de la GAZETTE MÉDICALE, m'a décidé à vous adresser deux exemples de l'artère radiale que j'ai observées cette année. Quoique plusieurs faits du même genre aient été rapportés, et que beaucoup d'autres aient dû être recueillis par les chirurgiens, cependant le nombre de ceux publiés n'est pas assez considérable pour que la conduite à tenir dans ces cas soit définitivement tracée. A ce titre je pense que les deux observations suivantes méritent d'être connues, si les réflexions qui les accompagnent

vous paraissent offrir de l'intérêt, veuillez leur donner place dans votre estimable journal.

PLAIE DE L'ARTÈRE RADIALE DANS LA PAUME DE LA MAIN. — LIGATURE DE L'ARTÈRE RADIALE AU DEVANT DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RADIUS. — GUÉRISON.

Obs. I. — Le 27 mars 1833, M. Delavierre, layetier-emballeur, demeurant rue du Mail, se fit une blessure à la main de la façon suivante : Pour amuser son enfant en bas âge, il distendit, en l'insufflant, un cornet de papier, semblable à ceux dans lesquels les marchands de marrons débitent leurs comestibles, et ne s'apercevant pas que ce cornet renfermait un petit couteau ouvert et à lame pointue, il frappa avec force le cornet tenu de la main droite sur la face palmaire de la gauche. L'explosion ordinaire eut lieu, mais au même instant M. Delavierre sentit une douleur déchirante dans la main gauche. il arracha promptement le papier qui semblait fixé sur cette main, et il vit avec surprise et effroi, ce couteau que l'enfant avait caché dans le sac, enfoncé perpendiculairement dans la paume de la main, la lame entrée jusqu'à son articulation avec le manche, et la pointe sortant de douze à quinze lignes entre le pouce et le doigt indicateur. Le couteau étant retiré, il s'écoula aussitôt par les deux ouvertures une grande quantité de sang, dont on chercha à arrêter la perte à l'aide d'amadou et de linges fortement appliqués sur les plaies. J'arrivai près du malade une demi-heure après l'accident ; ayant enlevé les pièces d'appareil à travers lesquelles s'échappait un sang de couleur rouge et vermeil, les deux plaies furent mises à nu, et par chacune d'elles il s'écoula un jet de sang artériel plus marqué cependant par la plaie de la face dorsale de la main ; les deux plaies étaient situées de telle sorte que l'instrument avait dû traverser la partie la plus élevée du premier espace intermétacarpien. Cette position, la sortie du sang artériel par les deux orifices, et enfin la cessation de l'hémorrhagie quand on comprimait l'artère radiale au lieu où l'on tâte le pouls, tandis que la compression de la cubitale à la même hauteur n'apportait aucun changement à l'écoulement du sang, ne me laissèrent aucun doute sur la source de l'hémorrhagie ; il fut évident que l'artère radiale était blessée dans le point où elle passe de la face dorsale de la main entre les deux portions du premier muscle interrosseux dorsal à la face palmaire pour former l'arcade palmaire profonde ; et comme dans cette partie de son trajet sa direction est perpendiculaire aux deux plans de la main ; il est probable que l'instrument qui avait suivi, mais en sens inverse la même direction, avait ouvert le vaisseau, non pas seulement en travers, mais dans une étendue assez considérable.

Je procédai de suite à la ligature de l'artère radiale à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, en me conformant aux préceptes ordinaires. L'artère fut promptement isolée de ses veines satellites, et embrassée par un fil simple. Aussitôt que le nœud fut serré, l'hémorrhagie cessa. Cependant les battemens de l'artère étaient sensibles au-devant du carpe, quelques lignes au-dessous de la ligature. Je crus d'abord que je n'avais pris qu'une veine, et je fis pendant quelque temps, assisté de MM. Goupil et Pigeaux, de nouvelles et infructueuses recherches pour découvrir l'artère radiale. Nous pensâmes alors que les battemens provenaient du reflux du sang de bas en haut dans le bout inférieur de l'artère, à l'aide de l'anastomose établie entre la radiale et la cubitale par l'arcade palmaire superficielle. La compression de l'artère cubitale fit cesser ces battemens, et justifia nos prévisions. Un pansement simple fut appliqué sur les deux plaies de la main ; le malade garda le repos le plus parfait. La ligature se détacha vers le 15e jour ; les trois plaies furent cicatrisées presqu'en même temps, et le 20e jour, M. D*** avait repris ses occupations sans qu'aucun accident eût entravé la marche de la guérison.

PLAIE DE L'ARTÈRE RADIALE ; LIGATURE ; COMPRESSION DE LA CUBITALE ; GUÉRISON.

Obs. II. — Dans le courant du mois d'août 1833, un jeune homme reçut dans une rixe, près de la barrière du Trône, un coup de couteau qui traversa le premier espace intermétacarpien et produisit exactement les mêmes lésions que celles indiquées dans l'observation précédente. On l'amena de suite à l'hôpital Saint-Antoine. L'interne de garde arrêta l'hémorrhagie par un bandage qui comprimait fortement les deux plaies de la main. Néanmoins le sang coula dans la nuit, et le matin à ma visite je trouvai l'appareil, ainsi que le coussin sur lequel reposait le bras, humectés d'un sang encore chaud et humide. J'enlevai de suite toutes les pièces du pansement, et l'on vit sortir par les deux plaies un sang rouge et écumeux. La compression de l'artère radiale arrêtait l'hémorrhagie ; celle de l'artère cubitale n'avait aucune action sur elle. Ce cas avait trop de ressemblance avec le précédent pour que je n'eusse pas recours au même mode de traitement. Je fis donc la ligature de l'artère radiale. Seulement, je modifiai le dernier temps de l'opération, ainsi que je le dirai plus loin. Les pulsations de l'artère radiale furent sensibles au dessous de la ligature, et la compression de la cubitale les fit cesser comme dans l'observation précédente.

Les plaies furent pansées simplement. N'étant pas assuré de la docilité du malade, je jugeai prudent de comprimer à l'aide de compresses graduées, l'artère cubitale.

Les plaies ne furent découvertes que le 15e jour. Les ligatures ne tardèrent pas à tomber, et le malade sortit de l'hôpital trois semaines après sa blessure, sans avoir éprouvé aucun accident.

Fallait-il, dans les deux cas qui précèdent, lier l'artère dans le lieu même où elle était divisée? Faisons d'abord remarquer que les deux bouts de l'artère blessée ne pouvaient être saisis dans le même endroit. Nous avons dit que la direction du vaisseau dans l'espace intermtaécarpien était semblable à

celle que l'instrument vulnérant avait suivie, que le sang sortait abondamment par les deux plaies, que probablement la radiale était divisée dans tout son trajet entre les deux os du métacarpe. Dans cette circonstance, pour mettre une ligature sur chaque bout de manière à comprendre entre les deux les parties divisées de l'artère, il serait nécessaire de chercher le bout supérieur sur la face dorsale de la main, et l'inférieure dans sa face palmaire. Or, cette dernière opération doit-elle être tentée? Personne, je pense, ne voudrait répondre par l'affirmative. Comment, en effet mettre à découvert l'arcade palmaire profonde à son origine? De quelle difficulté, de quels dangers cette opération ne serait-elle pas accompagnée? Division de la peau, d'une couche dense de tissu cellulaire graisseux, de l'aponévrose palmaire, section inévitable de plusieurs branches du nerf médian, incision de toute l'épaisseur du muscle court fléchisseur du pouce, dissection du bout périphérique du vaisseau divisé, en ménageant le tendon du long fléchisseur du pouce, et les tendons superficiel et profond du doigt indicateur; tels sont les temps de cette laborieuse opération. La méthode d'Anel, à laquelle M. Nichet donne la préférence dans le cas qui nous occupe, est aussi celle qui me paraît devoir être suivie.

Mais deux artères se rendent à la main, et s'anastomosent ensemble par une double arcade. Ne devrait-on pas alors faire la ligature de la radiale et de la cubitale? Sans doute; si la compression du premier de ces vaisseaux ne suspendait complètement l'hémorrhagie. Dans le cas contraire, on pourra ne lier que la radiale, et l'on devra, comme le conseillent MM. Velpeau (*Méd. opér.*) et J. Cloquet (art. *Avant-bras*, *Dictionn. de méd.*), exercer une compression assez forte sur l'artère cubitale. On devra d'autant moins redouter des hémorrhagies consécutives que la branche fournie par le tronc de la cubitale pour former l'arcade palmaire profonde est d'ordinaire fort petite, et que les autres anastomoses, entre les deux vaisseaux ou les branches qui en naissent à la main, se font dans une direction telle que le sang devrait changer de direction d'une manière brusque, sous des angles très-aigus, pour revenir par leur canal au lieu de la blessure.

L'incertitude dans laquelle je suis resté pendant quelque temps, au sujet du vaisseau embrassé par la ligature, par suite des battemens qui avaient persévéré dans la partie inférieure de la radiale m'a fait imaginer un moyen que j'ai déjà mis à exécution avec succès dans plusieurs circonstances, et qui convient, je crois, à la ligature des artères d'un moyen et d'un petit calibre, dans la continuité des tissus. Le voici : lorsque, par les incisions convenables, on a mis à découvert le vaisseau à lier, il faut le dénuder selon sa longueur dans une étendue de quatre à cinq lignes, passer sous lui un fil double; la pression du doigt sur le vaisseau que retient en arrière l'anse de la ligature, ainsi que l'enseignent les chirurgiens, apprendra, par l'absence de la douleur, que l'on a affaire à un vaisseau et non à un nerf. La ligature est alors dédoublée et l'anse de chaque fil simple est conduite l'une à la partie supérieure, l'autre à l'inférieure de la dénudation. On fait un nœud simple, assez peu serré pour permettre entièrement la circulation dans le vaisseau découvert; puis, avec le bistouri, on incise prudemment toute l'épaisseur des parois du vaisseau vers le milieu de l'espace qui sépare les deux fils, la couleur du sang qui s'écoule et la forme du jet font de suite connaître quelle est l'espèce de vaisseau isolé. Il ne reste qu'à serrer complètement les deux ligatures. Aucun inconvénient ne peut résulter de la plaie du vaisseau, non plus que de sa dénudation. Le procédé que je conseille est d'une exécution facile, exempt de dangers, parfaitement sûr dans son résultat; il sera surtout utile chez les jeunes sujets chez lesquels les parois des artères sont minces et sont difficilement distinguées de celles des veines; lorsque la plaie pour laquelle on fait la ligature a cessé de fournir du sang au moment de l'opération; lorsqu'enfin la compression du vaisseau n'empêche pas les battemens de se faire sentir quelques lignes au-dessous du point où la compression est établie.

OBSERVATION DE CHOLÉRA ALGIDE

Guéri par l'emploi du nouveau procédé de M. Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu,

Communiquée par M. Fauconneau-Dufresne.

Permettez-moi, mon cher confrère, d'employer la voie de votre journal pour appeler l'attention des médecins sur le procédé qu'emploie M. Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, dans le traitement du choléra algide. Je viens d'être témoin d'un fait si remarquable qu'il me semble que trop de voix ne sauraient se joindre à celle de ce respectable praticien.

Madame P....., rue de la Chaussée-d'Antin, âgée de 55 ans, et d'un tempérament très-nerveux, après avoir éprouvé quelques chagrins, fut prise de dévoiement. Cette indisposition durait depuis sept à huit jours, lorsque le 7 octobre elle vomit le potage qu'elle venait de prendre, ce qui fut suivi de beaucoup de malaise. Vers minuit, il survint des vomissemens aqueux, des garde robes très-liquides un peu colorées en jaune; il s'y joignit des crampes très-douloureuses dans les mollets et les gros orteils, de l'épigastralgie, des borborygmes. Je fus appelé vers 3 heures du matin, et prescrivis une potion excitante, des demi-lavemens astringens, des sinapismes et des frictions laudanisées. La maladie fit dans la matinée des progrès alarmans; la figure s'altérait, les yeux se cernaient, la voix était éteinte, la langue froide ainsi que les extrémités.

M. Le docteur Petit, parent de la malade, se rendit près d'elle vers 2 heures de l'après-midi et fut effrayé du danger qui la menaçait. Il avait dans sa voiture son appareil, qu'il devait le jour même montrer à l'Académie. Il renonça à s'y rendre, et resta auprès de madame P...., pour en faire lui-même l'application.

Vous savez mon cher confrère, que le traitement de ce médecin consiste à appliquer tout le long du rachis une flanelle imbibée d'un mélange de huit par-

ties d'huile de térébenthine et d'une partie d'ammoniaque liquide. Cette application faite, on couche le patient sur une boîte plate, en étain, qui s'étend de la nuque au sacrum; on le recouvre très-chaudement. Cette boîte, remplie d'eau à 80° environ, vaporise le liniment, et produit dans le lit une chaleur toujours croissante. M. Petit joint à ce moyen une boisson faite avec une infusion de baies de génièvre.

Madame P...., était à peine depuis un quart d'heure couchée sur cette boîte qu'une chaleur douce commença à la pénétrer. Ses mains cessèrent d'être froides, ainsi que la langue, la figure; les membres inférieurs s'échauffèrent plus lentement. Une sueur d'abord visqueuse se répandit sur le corps; mais bientôt cette sueur devint chaude; la figure se colora. Sous cette seule influence, les crampes cessèrent, ainsi que les vomissemens et les selles; la voix même reprit son timbre naturel. Au bout d'une heure et demie, la malade, qui avait été placée pour cette application sur un lit de sangle, fut enveloppée de flanelles et remise dans son lit, ayant toujours sur le rachis une flanelle imbibée du même liniment. Une sueur des plus abondantes survint vers onze heures du soir.

Depuis ce temps, aucun des symptômes n'a reparu. Une chaleur fébrile, accompagnée de malaise, qui a duré deux jours, s'est insensiblement dissipée, et aujourd'hui 11 octobre, madame P...., est parfaitement guérie.

On conçoit, mon cher confrère, qu'une action semblable sur la moëlle puisse réveiller puissamment tout le système nerveux dans une maladie où il semble primitivement frappé. Les frictions avec un fer à repasser, employées d'abord, ont l'inconvénient de ne pouvoir être assez prolongées, et de ne pas permettre de laisser les malades complètement couverts.

J'espère qu'on accueillera avec confiance un témoignage aussi désintéressé. Nous ne sommes pas encore tout-à-fait débarrassés du choléra. Il peut se reproduire dans quelques parties de la France; il sévit ailleurs. Il me paraît donc utile de faire connaître aux médecins et aux personnes du monde un moyen si facile, si prompt et si exempt d'inconvéniens, pour obtenir la réaction qui est le but qu'on se propose dans le traitement de cette maladie.

Agréez, etc.

FAUCONNEAU-DUFRESNE, D.-M. P.

—

COMPTE-RENDU DES EXPÉRIENCES HOMOEOPATHIQUES FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE LYON par M. GUÉRARD,

et communiquées par M. POINTE, médecin de l'hôpital.

M. le docteur Jaeger, dans la lettre qu'il vous a écrite le 25 août, se plaint de ce que les médecins ne veulent point se donner la peine de vérifier les faits de la doctrine d'Hahnemann par l'expérience clinique. Ce reproche, que nous adressent également chaque jour les médecins homœopathes de notre ville, est d'une inexactitude qui mérite d'être relevée.

Je pense comme vous, M. le rédacteur, que l'on peut et que l'on doit se dispenser de vérifier les faits d'une doctrine qui repose sur des principes aussi contraires aux vérités fondamentales et aux axiômes de la science reconnus depuis des siècles; mais je n'ai cette opinion que dans l'intérêt des progrès de cette science elle-même, et comme praticien, je crois que l'on peut être appelé à éclairer un public qui se laisse d'autant plus facilement séduire et tromper, qu'on lui prêche une doctrine plus merveilleuse et plus absurde. C'est à ce titre de praticien, et en conséquence des devoirs que je crois avoir à remplir envers le public, que j'ai cru devoir l'éclairer par des expériences faites avec quelque publicité, et dont je vais bientôt vous rendre un compte exact et succinct. Je pourrais vous faire part des essais infructueux faits par moi ou par mes collègues; mais je me contenterai de vous donner connaissance des expériences faites plus en grand, dans nos salles de clinique, en présence de nombreux témoins et par un homme désireux de réussir et placé par moi dans une position telle, qu'il lui a été impossible de s'abuser lui-même sur les résultats des moyens qu'il mettait en usage.

Dans le courant du mois d'avril 1832, je mis à la disposition de M. le docteur Guérard, l'un des médecins homœopathes le plus renommés de notre ville, une salle de trente lits. Il fut libre d'y choisir le nombre de malades qui lui conviendrait et de faire toutes les prescriptions qu'il croirait utiles pour le plus grand succès de la doctrine médicale d'Hahnemann. Je n'y mis qu'une condition: c'est que ses visites seraient faites tous les jours à des heures indiquées d'avance, afin que toutes les personnes qui voudraient y assister le pussent librement. Quinze maladies aiguës et chroniques (affections fébriles, pneumonie, érysipèle, catarrhe pulmonaire, rougeole, ictère, diabétès, etc.) furent désignées par le docteur Guérard, et chaque jour, en présence d'une soixantaine d'élèves et de quelques médecins de la ville, il examina les maladies avec soin administra lui-même les doses homœopathiques et prescrivit le régime. Ces expériences ont duré dix-sept jours, et n'ont cessé que parce que le docteur expérimentateur s'est volontairement retiré. Pendant ce laps de temps, aucun résultat avantageux, aucun amendement notable et qu'on pût n'attribuer qu'à la méthode homœopathique, n'a été observé. M. Guérard, interpellé plusieurs fois à ce sujet, en est lui-même convenu. Trois fois pendant le cours de ces expériences, et de concert avec ce docteur, qui en reconnut la nécessité, nous nous sommes écartés de la doctrine d'Hahnemann. Deux fois l'interne de garde en l'absence du médecin traitant, et parce qu'il voyait l'existence d'une malade compromise, s'est permis de saigner avec la lancette et non avec une dose homœopathique d'aconit, une pneumonique qui réclamait impérieusement l'usage d'une émission sanguine.

Tel est, monsieur et honoré confrère, le résultat des expériences qui ont été faites à l'Hôtel-Dieu de Lyon; on ne peut point le révoquer en doute. Les témoins, comme vous voyez, étaient nombreux et compétens. M. le docteur

Guérard a attribué ce défaut de succès d'une méthode qui jusqu'alors lui avait constamment réussi, à l'action des miasmes délétères, toujours abondans dans un hôpital, et dont il n'a pu défendre ses malades. Quelle est donc la puissance de cette méthode qui échoue précisément dans des lieux où elle serait le plus nécessaire, où elle serait appelée à rendre les plus nombreux services, dans des lieux, où en se conduisant d'après les principes des vieilles doctrines, on obtient journellement les plus brillans succès?.. Les confrères homœopathes de M. le docteur Guérard ont prétendu qu'en s'engageant dans des expériences publiques, il avait compromis la doctrine homœopathique; mais qu'ils se rassurent: j'ai pu le vérifier depuis, la foi robuste des croyans n'a pas encore été ébranlée.

J'ai l'honneur d'être, monsieur, etc.,

POINTE,
professeur de clinique médicale.

GAZETTE DU 19

CHOLÉRA-MORBUS.

RECHERCHES CHIMIQUES.

SUR LE CHOLÉRA, POUR SERVIR A L'HISTOIRE PHYSIOLOGIQUE DE CETTE MALADIE.

Par C. WITTSOCKT (1).

Quand le choléra, l'automne dernier, eut atteint dans sa marche progressive la ville de Berlin, M. le docteur Albers, conseiller médical du gouvernement, me pria de me charger des analyses chimiques qui concernaient cette maladie, afin de la mieux connaître. Je saisis avec empressement cette occasion de contribuer, autant qu'il était en mon pouvoir, à la solution de cette énigme pathologique. Je ne me dissimulai point cependant tout ce qu'un travail de ce genre devait avoir de difficile et d'incomplet. Les expériences de chimie animale sont encore fort défectueuses. Les élémens particuliers des corps animaux peuvent être fort rarement séparés les uns des autres, et fort souvent, pendant la durée même de l'expérience, il apparaît des produits tout-à-fait nouveaux et absolument étrangers à l'organisme vivant.

Les recherches que j'ai entreprises peuvent se diviser ainsi :

1° Recherches sur le sang des cholériques et sur le sang des personnes mortes de cette maladie ;

2° Recherches sur les substances trouvées dans l'estomac et dans les intestins des cadavres des cholériques;

3° Recherches sur les liquides évacués par les vomissemens ou les selles ;

4° Recherches sur les urines des cholériques ;

5° Recherches sur la composition de l'air expiré par les cholériques.

L'obligeance du medecin dont j'ai parlé plus haut, qui suivit le cours de mes recherches avec le plus vif intérêt, me mit en état d'obtenir, aussi souvent que j'en eus besoin, les substances nécessaires dans les hôpitaux cholériques de Berlin, et plus tard, lorsque l'on confia à ce médecin la direction spéciale des sociétés de médecine formées dans cette ville pour arriver à la connaissance plus certaine du traitement du choléra, je trouvai toute facilité, avec l'aide amicale de M. Albers, de contrôler mes premières expériences par de nouveaux travaux, aussi souvent que je le jugeai nécessaire.

Je n'ai pas besoin de dire que les liquides employés ont été recueillis sur divers malades atteints d'un choléra bien caractérisé. Pour mieux établir cette circonstance, j'aurai soin, en exposant chaque expérience particulière, de donner le nom des malades dont le sang et les déjections ont été examinées, et de m'en référer aux observations déjà imprimées dans ces archives, ou de les citer dans de courtes notes. Je dois encore faire remarquer que j'ai plusieurs fois répété chaque expérience avant d'en consigner le résultat par écrit. Du reste, j'expose ces résultats comme des faits chimiques, sans me permettre de leur donner une interprétation physiologique ou pathologique.

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LE SANG DES CHOLÉRIQUES.

Avant d'exposer les recherches auxquelles je me suis livré sur un assez grand nombre de cholériques, je veux donner en entier les expériences faites sur le sang de Geinert, garçon charpentier, dont la maladie a déjà été complètement décrite dans le second cahier des *Archives*, pag. 192 et suivantes, et d'y rattacher,

(1) Il se publie à Berlin un journal sous le titre de *Choléra Archiv.*, consacré uniquement à l'étude du choléra. Plusieurs des médecins les plus distingués de la capitale de la Prusse, MM. Bartels, Rust, Eck, Wagner, prennent part à la rédaction de ce recueil, dont nous avons huit numéros sous les yeux. Le choléra reparaît en ce moment à Paris, comme il a reparu à Londres, à Vienne, à Berlin, en Hollande; en même temps qu'il gagne des pays épargnés jusqu'ici, le Portugal et l'Espagne. Il devient donc extrêmement vraisemblable qu'il va s'acclimater parmi nous, et qu'il faudra désormais le compter au nombre des maladies indigènes. Si le choléra a perdu cet attrait de curiosité et d'effroi qui faisait lire, même aux personnes les plus étrangères à la médecine, les publications qui le concernaient, il n'en reste pas moins un objet d'étude fort intéressant pour le médecin, au même titre que la variole ou la dothinentérite. C'est pour cela que nous comptons extraire ce qui paraîtra le plus intéressant dans le *Choléra-Archiv* de Berlin, et nous commençons par les recherches cliniques de M. Wittstockt. Nous recommandons à nos lecteurs de comparer ces résultats avec les analyses de M. Hermann de Moscou, de M. O'shaugnessy d'Angleterre sur le sang des cholériques, et de M. Rayer sur l'air expiré pendant la maladie.

d'après mes propres observations, les résultats que j'ai obtenus d'un autre côté.

Sang de Geinert.

Ce sang, obtenu par la saignée, pesait 5,012 grains, Sa composition extérieure ressemblait à celle du sang d'un homme bien portant. Le caillot déposé par ce sang avait à sa surface cette couleur écarlate, qui annonce toujours un sang parfaitement sain, et qui se forme par l'action de l'oxigène de l'air atmosphérique. L'intérieur du caillot avait cependant une couleur plus foncée qu'on ne le remarque d'ordinaire; le sang se sépara presque aussitôt en caillot et en sérum. Nos méthodes pour amener cette séparation sont tellement incomplètes qu'on ne peut considérer que comme des approximations les rapports de ces deux substances obtenues jusqu'à présent. On peut bien obtenir le sérum dépouillé de cruor et de fibrine, mais jamais le caillot dépouillé de sérum. La séparation du cruor et du sérum se fit de la manière suivante. On laissa tomber le sang dans un verre ordinaire et on le couvrit soigneusement pour éviter toute évaporation, et par suite toute augmentation de pesanteur spécifique du sérum. Le premier jour, 1,106 grains du sérum se séparèrent des 5,012 grains de sang; le second, 489 grains, et le troisième, 235 grains. Ainsi, le sang se sépara : en sérum, 1830 grains ou 36, 5, et en caillot, 3182 ou 63, 5.

Le sérum séparé était clair, un peu jaunâtre, et la masse n'avait fini par se teindre en rose qu'en recevant quelques parcelles du sang qui y était tombé. Il réagissait évidemment comme alcali sur le papier rougi de tournesol, et la pesanteur spécifique était de 1,0385. 100 grains de ce sérum abandonnaient, par le desséchement, 13,75 d'une masse couleur jaune d'ambre à demi-transparente et cornée.

D'après Berzélius, le sérum d'un homme en santé est de la pesanteur spécifique de 1,027 à 1,029, et forme en poids trois quarts du sang, tandis que l'autre quart se compose de caillot en état d'humidité.

Hermann a trouvé que son propre sang en santé contenait 57 parties de sérum et 43 de caillot.

La grande différence de ces données vient peut-être de ce que Hermann n'attendit pas la complète séparation du sérum. Le sérum du poids spécifique donné plus haut, de 1,027 à 1,029, laisse, après complète dessiccation, jusqu'a 9,5 d'une substance solide, tandis que le sérum de notre cholérique, dont le poids spécifique était de 10,385, donnait une masse sèche de 12,75. Cela démontre une déperdition d'eau de 25,5 pour 100, car 12,75 de résidu sec donneraient 134 parties de sérum, de la pesanteur spécifique de 1,027, à supposer que dans le mélange avec l'eau il ne se fût opéré aucun épaississement. Si le sérum d'un sang normal est de 75 pour 100, ainsi que l'affirme Berzélius, notre cholérique avait perdu 19 centièmes de son sang, ou 5 liv. d'eau sur la masse totale de son sang, estimée à 30 livres.

Le sang des cholériques n'abandonne jamais tout son sérum dans la coagulation. On le remarque bien vite à la densité beaucoup moins grande du cruor qui reste. Dans la plus grande intensité de la maladie, le sang que l'on tire ne peut presque plus se coaguler. C'est que probablement le sérum se sépare d'autant plus difficilement du caillot qu'il est devenu plus épais par la déperdition de ses parties aqueuses. D'après ce principe, les rapports du sérum et du cruor du sang cholérique ne pourront jamais s'obtenir assez exactement pour que l'on puisse en déduire avec certitude la déperdition des parties aqueuses. J'ai essayé de connaître cette déperdition en desséchant une quantité fixe de sang qui venait d'être tirée. Le sang de notre malade abandonna 26, 5 pour 100 d'un résidu tout-à-fait sec.

Selon Dumas et Prévost, le sang normal contient 21, 61 de parties solides et 78, 39 d'eau. Maintenant si 21, 60 de parties solides répondent à 100 parties de sang, 26, 5 répondront à 122,6 parties de sang, ces 122,6 parties auraient perdu 22, 6 parties d'eau, ou bien 18, 5 pour 100, et la masse entière du sang d'un homme, estimée à 30 livres, aurait perdu 5,55 livres d'eau. On voit par les expériences faites sur la déperdition d'humidité dans le sang des cholériques, combien cette perte se rapproche de celle que nous avons déduite du sérum si on estime moyennement ce sérum aux trois quarts du sang, ainsi que l'a avancé Berzélius.

Me doutant que le caillot du sang cholérique contenait encore beaucoup de sérum, je fus conduit à rechercher la quantité relative de fibrine dans le sang normal et dans le sang morbide. Les quantités de ces deux fibrines, pesées avec soin, furent long-temps lavées avec de l'eau et ensuite desséchées. J'obtins 6 pour 100 de fibrine du sang de notre cholérique, tandis que, moyennement, le sang d'un homme en santé en contient 13 pour 100. La quantité ci-dessus, de 63, 5 de caillot, devait donc contenir un peu plus de moitié de sérum. Il faut encore remarquer que la fibrine extraite par lavage, du sang cholérique, ne devient jamais aussi blanche que celle du sang normal, qu'elle est infiniment moins épaisse et qu'elle se sépare beaucoup plus difficilement de la substance colorante.

—

RECHERCHES

Pour savoir si le caillot contient de l'acide carbonique ou tout autre acide libre.

L'appareil consistait en un petit matras à tubulure, dont le bec formait un tuyau alongé et recourbé en forme de genou, dont l'extrémité s'ouvrait dans un petit flacon qui contenait de l'eau de chaux préparée à froid. Le matras était rempli de deux onces de caillot et l'on essaya de dégager par l'action de la chaleur l'acide carbonique. L'eau de chaux ne se troubla pas du tout. Après qu'on eut échauffé vivement l'appareil, quelques parcelles de carbonate de chaux vinrent s'attacher à l'ouverture du tuyau; mais elles ne s'y étaient sûrement formées que par les parties d'acide carbonique retenues par l'air atmosphérique dans l'appareil.

Une égale quantité de caillot fut soumise dans le même appareil à une distillation ordinaire. Les produits de la distillation étaient enlevés de temps à autre. D'abord on obtint une eau trouble qui possédait l'odeur propre du sang, mêlée à celle d'un blanc d'œuf cuit.

Quelque temps après, il se dégagea quelques flocons qui graissèrent les parois du vase à distiller, ainsi que le font la plupart des eaux distillées. Les premiers produits de la distillation ne réagissaient pas comme les acides; il se montra plutôt une certaine réaction alcaline lorsque le caillot du sang coagulé commença à être un peu sec. Lorsqu'on le mélangea ensuite avec une certaine quantité d'eau, on obtint toujours des produits alcalins, qui, mélangés avec de l'acide hydro-chlorique, donnèrent, après l'évaporation, des cristaux de muriate d'ammoniaque.

Hermann ayant trouvé que le caillot du sang normal, aussi bien que celui du sang cholérique, réagissait toujours comme acide, on pourrait peut-être douter de l'exactitude de l'expérience ci-dessus; mais les expériences plusieurs fois répétées donnèrent toujours les mêmes résultats. On sera convaincu qu'ils sont vrais, si on fait coaguler à la lampe, dans un tube de verre, du sérum ou du caillot, et que l'on tienne sur la coagulation une verge de verre humectée d'acide muriatique, on voit aussitôt se former des nuages assez épais. Le caillot et le sérum du sang cholérique et du sang normal se comportent de même, si on les mêle avec une petite quantité de potasse de soude dissoute, et cette réaction prouve invinciblement la présence d'un sel d'ammoniaque.

Comme l'on peut considérer le sérum comme un albuminate de soude et qu'il est bien connu que dès qu'il est coagulé, l'eau dégage de la coagulation une certaine quantité de soude, c'est certainement cette base qui agit comme décomposant, dans l'échauffement du sang, sur le sel d'ammoniaque qu'il contient et qui dégage l'ammoniaque.

Si la distillation simple du sang ne donne aucun acide libre, et s'il est certain que le sérum séparé du caillot réagit toujours alcalinement, ainsi que tous les auteurs le soutiennent, et comme je m'en suis convaincu par de nombreux essais; si d'autre part l'on n'obtient pas une séparation complète du caillot et du sérum par les moyens actuellement connus, il est certain que l'on ne peut supposer aucune réaction acide ni dans le sang normal ni dans le sang cholérique. On doit plutôt considérer le caillot comme une substance saturée d'un liquide alcalin, le sérum. Traiter le sang par des carbonates alcalins pour calculer l'acide libre du sang séparé de la quantité d'acide carbonique développée, me paraît une opération peu certaine, puisqu'il est bien reconnu que la fibrine joue tantôt le rôle d'une base, tantôt le rôle d'un acide; que dans ce dernier cas une combinaison de la fibrine et de l'alcali a lieu et qu'on peut également obtenir de l'acide carbonique.

D'après ces principes, je n'ai plus essayé aucune expérience sur la réaction acide du caillot.

DISTILLATION DU CAILLOT DE SANG CHOLÉRIQUE AVEC L'ACIDE SULFURIQUE.

La simple distillation indiquée plus haut fut continuée, après qu'on eut ajouté au sérum une demi-once d'acide sulfurique concentré, étendu d'un peu d'eau. D'abord passa un produit tout-à-fait neutre, trouble, qui graissa les parois de l'alonge. En continuant la distillation on obtint des produits acides, dont les premiers ne montraient aucune trace d'hydrochlorate de soude, ni d'acide sulfurique; les derniers contenaient de ce sel et de cet acide, et enfin l'odeur d'acide sulfureux et d'acide empyreumatique.

Les produits enlevés les premiers, c'est-à-dire ceux qui n'avaient encore aucune odeur d'empyreume, pouvaient contenir des acides organiques. Pour s'en assurer, on satura le produit avec un carbonate de potasse pur, on évapora et l'on mit le sel de potasse à cristalliser. On n'obtint pas d'autres cristaux que ceux du chlorure de potassium et du sulfate de chaux. L'eau mère de potasse qui ne pouvait plus se cristalliser fut évaporée à dessiccation, et le résidu traité avec l'alcohol. Après l'évaporation de l'alcohol, il resta une masse saline déliquescence qui contenait des traces de chlorure de potassium, et qui, traitée par l'acide sulfurique concentré, donna une odeur manifeste d'acide acétique. Si l'on ajoutait à cette eau mère très-peu de chlorure de fer, la rougeur devenait plus foncée, ainsi qu'on le voit dans les acétates, quand on les mêle avec un sel de fer oxigéné, et si on la faisait bouillir avec une solution de nitrate d'argent, il se faisait un dépôt gris, et dans le restant du liquide on voyait des lamelles d'un blanc d'argent, sans doute d'acétate de mercure. Ces phénomènes que j'ai observés en traitant de la même manière le sang normal, semblaient indiquer clairement l'existence d'acétate dans le sang; mais il serait hasardé de se prononcer là-dessus avec précision, car des lactates auraient pu aussi produire ce résultat.

TRAITEMENT DU CAILLOT CHOLÉRIQUE PAR L'ALCOHOL RECTIFIÉ.

Quatre onces de caillot furent digérées avec l'alcohol. Tant que celui-ci en put extraire quelque chose, les extraits étaient incolores, ne réagissaient pas sur les papiers colorés, et après l'évaporation spontanée laissaient une graisse cristallisée; puis il se cristallisa une certaine quantité de chlorures de potassium et de sodium. Il se déposa aussi une graisse pulvérulente et blanche, soluble dans l'alcohol.

La partie liquide restante et non cristallisée était colorée en jaune et avait une réaction acide. En l'évaporant plusieurs fois et en la distillant dans l'eau, on ne reconnut aucune saveur acide.

Ce liquide fut mêlé à de l'acide nitrique et exposé à une température très-basse; cependant il ne se sépara point d'urée, et il ne se manifesta pas ces changemens de coloration en bleu et en jaune qui annoncent la présence de la bile. Bouilli avec le nitrate de mercure il donna d'abord un précipité gris et ensuite des parcelles d'acétate de mercure.

En traitant le caillot par l'alcohol rectifié on a extrait les substances suivantes.

1° Une graisse solide et cristalline;
2° Une jaune et fluide;
3° Du chlorure de sodium;
4° Du chlorure de potassium;
5° Du lactate de soude et d'ammoniaque;

6° De l'osmazome ;

7° Des traces de phosphates.

Toute cette analyse a été comparée, comme les précédentes, avec des analyses de sang normal faites simultanément. Les deux sangs n'ont présenté aucune différence quant à leur qualité dans leurs élémens. Il n'y avait qu'une différence sensible, c'est que le caillot cholérique laissa 31 pour cent, et le caillot sain 38 pour cent de résidu sec. Le poids total des substances enlevées au sang normal par l'alcohol, était cependant plus grand que celui des substances enlevées au caillot cholérique ; et cette observation justifie l'opinion que ce dernier sang est moins consistant, et qu'il se sépare plus difficilement du sérum.

ANALYSE DU SÉRUM DU SANG CHOLÉRIQUE.

Le sérum de notre malade cholérique, dont le poids spécifique était de 1 ,0385, étant coagulé, on remarqua que la masse coagulée paraissait beaucoup plus épaisse que le sérum de personnes bien portantes, sans doute parce qu'il contenait moins d'eau. Car, comme il a déjà été dit; il laissa après la dessiccation 12,75 de résidu sec, tandis qu'on n'obtint que 9,6 du sérum de personnes saines. Le sérum sec bouilli avec l'eau, donna un liquide à forte réaction alcaline, lequel saturé avec l'acide acétique, évaporé et épuisé par l'alcohol, produisit de l'acétate de soude. Il en est de même du sérum du sang normal, lequel se comporte à l'égard des réactifs connu, comme le sérum cholérique.

Les pesanteurs spécifiques du sérum du sang chez quelques cholériques ont été les suivantes :

Le sérum du sang d'un jeune homme de vingt ans, obtenu quelques heures avait sa mort par la phlébotomie, avait une densité spécifique de 1 ,0447, et laissa après complète dessiccation 16,5 de matière solide.

Le sérum d'un homme qui ne mourut pas du choléra, mais qui l'avait à un haut degré, était d'une pesanteur spécifique de 1 ,041, et donna 14,5 p. °/o de résidu sec.

Le sérum d'une jeune fille de 17 ans, qui ne mourut pas, mais qui avait le choléra à un haut degré, avait une pesanteur spécifique de 1 ,043, et donna 15,5 pour cent de résidu sec.

Les autres analyses du sang cholérique tiré par la phlébotomie, n'ont présenté aucune différence. Seulement les rapports entre le caillot et le sérum variaient sur chaque individu. La masse du caillot était d'autant plus considérable que la maldie avait atteint un plus haut degré ; chez les cholériques froids, bleus, sans pouls, il n'y avait plus de séparation du sérum. Tous les élémens connus jusqu'à présent du sang normal se sont aussi retrouvés dans le sang cholérique.

Dans l'analyse qui va suivre les liquide évacués, on verra qu'ils ne contiennent que les élémens du sang. Ils renferment tous les sels du sang, et une quantité non petite d'albumine. Les évacuations très-fréquentes de ces liquides séreux exhalés du sang dans le canal intestinal appelleront aussi à chaque moment de nouvelles décompositions, de sorte que le rapport de la fibrine doit toujours croître, celle du sérum et des sels contenus dans le sang décroître. Tous les calculs sur la perte de liquides éprouvée par le sang cholérique deviennent très-incertains en raison de cette circonstance et presque impossibles à cause des rapports continuellement changeans des élémens du sang.

ANALYSE DES LIQUIDES ÉVACUÉS PAR LES SELLES.

Les déjections aqueuses ont ordinairement l'apparence de petit-lait récemment préparé, mêle de flocons blancs et un peu rougeâtres. Dans la plupart des cas elles n'ont pas d'odeur, mais quelquefois elles prennent l'odeur fécale. Les poids spécifiques sont à peu près les mêmes, soit qu'elles viennent d'enfans, d'adultes ou de vieillards, et varient entre 1,0073 et 1,0082. Exposé à l'air libre, le liquide ne change pas, il est décidément alcalin, en aucun cas acide. Avec le nitrate d'argent, le chlorure de mercure et la teinture de noix de galles, il donne un précipité, il en donne aussi avec l'alcohol un floconneux, formé d'albumine et de phosphate.

Dans une autre expérience, les excrémens furent séparés des flocons blancs, et on les garda pour une expérience ultérieure. 2 ,000 grains de fluide filtré, mais non encore tout-à-fait clair, s'évaporèrent dans le bain de vapeur, où restèrent 44 grains d'un résidu sec. Quand le liquide eut atteint le point d'ébullition, il devint trouble et dégagea des flocons à mesure que l'évaporation s'avançait ; enfin, quand elle fut complète, toute la surface du résidu se couvrit de chlorure de potassium et de chlorure de sodium cristallisés. Par la dissolution dans l'eau froide, ses parties solubles furent obtenues, et la partie insoluble, qui était restée au filtre et bien lavée, fut traitée de la manière suivante.

Elle se dissolvait complètement dans une lessive de potasse caustique étendue. De l'acide acétique la dissolvait un peu, et la dissolution donnait un précipité de ferro-cyanure de potasse. L'acide muriatique tirait de ce résidu quelques traces de phosphate de chaux. Traité par l'éther et par l'alcohol, quelques parties de graisse se montraient. Brûlée, il abandonnait du phosphate et répandait une odeur de corne brûlée. La partie insoluble dans l'eau des excrémens évaporés se composait donc d'albumine et de phosphate.

La partie soluble dans l'eau donnait, après l'évaporation, d'abord des cristaux de chlorure de soude avec un peu de potasse, et ensuite elle abandonnait une lessive non cristallisable fortement alcaline et teinte en jaune. Mélangée avec l'alcohol, il se séparait un peu de chlorure de sodium ; le liquide, abandonné à sa propre évaporation, montrait long-temps après de superbes cristaux pareils à l'acétate de soude ; soigneusement séparé, au moyen d'un filtre de papier, d'une eau-mère qui s'y attachait, mais qui n'était plus cristallisable, et cristallisé encore une fois, ce sel possédait les propriétés suivantes : il était facilement soluble dans l'eau, moins facilement dans l'alcohol ; la dissolution aqueuse réagissait alcalinement ; au goût, il ressemblait à de l'acétate de soude, mélangé avec de l'osmazome. Sa dissolution, acidulée avec de l'acide nitrique, bouillie avec une dissolution de nitrate de mercure, donnait un précipité gris, et un acétate de mercure d'un blanc d'argent se déposait sur les parois de l'éprouvette ; si l'on y versait quelques gouttes d'acide sulfurique con-

centré, il se développait des fumées piquantes qui n'annonçaient pas positivemant de l'acide acétique. Il brûlait comme un sel acide organique et abandonnait du carbonate de soude. La petite quantité de 5 ou 6 grains de ce sel ne supporta point d'expérience plus complète, et d'après les propriétés que nous lui avons assignées, il faudrait le regarder plutôt comme de l'acétate de soude que comme du lactate de soude.

L'eau-mère qui ne cristallisait plus développa, mélangée à des acides, de l'acide carbonique. La potasse dégagea de l'ammoniaque; de la teinture de noix de galles produisit un précipité, et du chlorure de chaux, ajouté à la première lessive neutralisée, donna un précipité de phosphate de chaux; avec de l'acide nitrique, il se montrait d'abord une couleur rouge de pourpre qui devenait en peu de temps jaunâtre; la combustion développait une odeur de pain brûlé, et la cendre contenait un carbonate, un phosphate et un hydrochlorate de soude. Dans 2,000 grains d'excrémens liquides, de la pesanteur spécifique de 1,0082, on obtenait 44 grains de substance solide, qui se composait ainsi :

Chlorure de soude avec quelques parties de chlorure de potasse,	26
Acétate de soude,	6
Albumine avec du phosphate de chaux,	7
Carbonate de soude, phosphate de soude, hydrochlorate d'ammoniaque, sels avec des acides organiques, indication d'acide urique et d'osmazome,	5
	—
	44

La masse de flocons mêlée aux excrémens liquides, lorsqu'on la rassemblait sur le filtre et qu'on la lessivait, avait toute l'apparence de la gomme adraganthe. Si on la desséchait, et qu'on la remît ensuite dans l'eau, elle se renflait jusqu'à occuper à peu près autant d'espace qu'avant d'être sèche. L'éther en tirait une graisse blanche solide, et l'alcohol en tirait du chlorure de soude et de l'osmazome du poids de 0, 833. Traitée avec de l'acide acétique, elle donnait une dissolution soluble par du ferro-cyanure de potasse. Elle se dissolvait complètement dans une lessive de potasse étendue, et à la combustion elle donnait une cendre composée de carbonate de potasse, de chlorure de potasse et de phosphates. Les liquides évacués par les selles des cholériques se composent donc principalement de la manière suivante :

1° De la sérosité dégagée du sang dans le canal intestinal;

2° De mucosités intestinales.

RECHERCHES SUR LES LIQUIDES DU CANAL INTESTINAL DES CADAVRES DES CHOLÉRIQUES.

Le contenu de l'intestin grêle ressemble en général aux selles. Ce sont également des sérosités mêlées de beaucoup de mucus, quelquefois sans couleur, d'autres fois d'une couleur, légèrement brune de bile, ayant une odeur fécale. Elles contiennent un tiers de mucus, qui se comporte absolument comme les flocons blancs mêlés aux excrémens des cholériques. Les liquides séparés du mucus ont une pesanteur spécifique de 1,012 à 1,016; ils ressemblent à du sérum, seulement ils sont un peu plus troubles, probablement à cause du phosphate de chaux qui y est suspendu. Ils agissent sans aucun doute comme alcalis; à l'ébullition, ils se séparent de l'albumine coagulée. Le reste du liquide paraît plus trouble qu'auparavant, et la réaction est acide. Une verge d'argent que l'on y trempa devint noire. Si on laisse dessécher le liquide, le résidu se couvre également de quelques cristaux de chlorure de soude, mais la masse était beaucoup moins considérable que lorsqu'on laissait dessécher une masse égale d'excrémens liquides dont nous avons parlé plus haut. L'expérience, continuée de la même manière que pour celle des excrémens liquides, donnait en général les mêmes résultats sous le rapport des propriétés.

Le contenu de l'intestin grêle se compose donc :

1° De sérum très-étendu;

2° De mucus.

RECHERCHES SUR LES LIQUIDES VOMIS PAR LES CHOLÉRIQUES.

De temps à autre les cholériques rendent par la bouche de grandes quantités de liquides, sans maux de cœur préalables, sans efforts et sans douleurs particulières. Ordinairement ces fluides paraissent être une eau trouble et jaunâtre, entremêlée de masses floconneuses de couleur brune; plus rarement ils ont une couleur de poireaux verts, sont d'une apparence tout-à-fait claire et ont un goût amer. Les matières jaunâtres vomies réagissent ordinairement comme acides; les vertes, au contraire, agissent comme alcalines dans bien des cas. Leur pesanteur spécifique varie de 1,05 à 1,07.

Il est difficile d'obtenir les matières vomies des cholériques sans mélanges étrangers, parce qu'elles ne viennent jamais qu'après la prise d'un remède ou de toute autre boisson. Le chimiste doit faire la plus grande attention à cette circonstance. Voici comment je conduisis l'expérience sur des matières jaunes mêlées de flocons bruns. D'abord le liquide fut séparé du sédiment par le filtre; le liquide filtré rougissait le papier de tournesol, devenait trouble à l'ébullition et donnait d'abondans précipités avec du nitrate d'argent et de l'acétate de plomb. La teinture de noix de galles le précipitait également. Une partie du fluide distillé donnait un produit acide qui ne contenait plus d'acide muriatique, mais seulement de l'acide acétique. La matière mêlée avec de l'alcohol rectifié formait un précipité très-volumineux de couleur grisâtre. Ce précipité, bien lavé avec de l'alcohol et ensuite bien desséché, donnait une masse cornée de couleur noirâtre, qui avait les propriétés suivantes : dans l'eau, elle se gonflait fortement, donnait une dissolution trouble, très-mucilagineuse, qui, desséchée, laissait tomber une substance non dissoute, et était troublé par du chlorure de mercure. La dissolution de la masse gonflée donnait, après plusieurs desséchemens et dissolutions nouvelles, une partie d'une substance qui n'était plus soluble dans l'eau, et qui, traitée par l'acide muriatique, donnait du phosphate de chaux, et de l'albumine par l'acide acétique. L'extrait acétique donnait un préci-

pité blanc avec du ferro-cyanure de potasse. L'éther tirait du précipité desséché une graisse peu solide, et le sulfure de potasse donnait une dissolution qui était précipitée de nouveau par les acides. La combustion donnait une cendre alcaline qui contenait du phosphate de chaux et répandait une odeur de pain brûlé.

Les propriétés des substances séparées des matières vomies par l'alcohol pur ressemblent en général à celles de la salive; cependant on ne peut y méconnaître une grande ressemblance avec les mucosités de l'estomac et des intestins.

Le liquide alcoholique séparé du précipité fut ensuite desséché, et le résidu fut une seconde fois dissous dans l'eau, où il se dégagea une petite quantité de phosphate de chaux et d'albumine. La dissolution était d'une couleur foncée, agissait comme acide, déposait en se desséchant, des cristaux de chlorure de soude, formait avec la teinture de noix de galle un précipité, développait des vapeurs ammoniacales, du carbonate de potasse, et ne montrait aucune trace de bile, si l'on ajoutait de l'acide nitrique à la dissolution. La combustion donnait un charbon fort difficile à réduire en cendre, qui renfermait du carbonate de soude, du chlorure de soude et des phosphates terreux.

Le sédiment qui se séparait de la matière vomie se composait de restes d'alimens (chyme). L'éther en tirait une graisse solide, fort brune, et l'alcohol, de l'osmazone avec du chlorure de soude. Le sédiment était complètement dissous par une solution de potasse caustique étendue et abandonnait des fibres végétales.

D'après cette expérience, les liquides évacués par vomissemens se composaient :

1° De salive (albumine avec du phosphate de chaux);

2° De chlorure de soude,

3° D'osmazone avec de la soude et de l'ammoniaque;

4° De reste de chyme.

Les matières vertes à goût amer se présentent beaucoup moins souvent. Ordinairement, elles n'ont aucun mélange de chyme, sont tout-à-fait claires, et quelquefois on y voit nager des flocons blancs de mucus de la bouche. Ils se comportent comme les matières précédentes avec de la teinture de noix de galles, du mercure, du chlorure de zinc, du nitrate d'argent, de l'acétate de plomb; sont presque toujours de nature alcaline et rarement de nature acide.

Les matières vertes que j'ai expérimentées réagissaient un peu comme acide, mais ne donnaient plus à la distillation aucune trace d'acidité. La pesanteur spécifique était de 1,0065. Tous les autres résultats des expériences sur les matières jaunes se reproduisirent dans celles-ci; il ne se présenta de différence essentielle que dans un seul point.

Quand la matière vomie verte a été mêlée à l'alcohol, que le précipité a été séparé à l'alcohol évaporé, une solution dans l'eau du résidu sec, mêlée avec un peu d'acide acétique, hydrochlorique ou nitrique, donne des précipités jaunes d'ocre, qui se redissolvent par l'addition d'acide, mais qui sans cette addition se formaient en masses extractives brunes. Si l'on ajoutait à la solution aqueuse assez d'acide acétique pour que le précipité disparût, et si l'on mettait le tout à évaporer, le résidu perdait la propriété de se dissoudre dans l'eau; le ferro-cyanure de potasse donnait avec l'acide nitrique un précipité couleur de chair.

Quoique le liquide décrit plus haut n'offrît pas avec l'acide nitrique le phénomène connu du changement des couleurs cependant on peut indiquer avec assez de certitude cet élément de la bile appelé picromel. Au temps où j'arrivai à ce résultat, je n'avais plus à ma disposition de matières vomies vertes, et je fus obligé d'abandonner les recherches ultérieures sur cet objet.

ANALYSE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS L'ESTOMAC DES CADAVRES CHOLÉRIQUES.

Les matières avaient l'apparence d'un chocolat très-étendu, d'odeur aigre et dégoûtante, et à réaction un peu acide. Par le repos, il se déposait un sédiment sale et rouge, composé de chyme. Le liquide séparé, que la filtration ne clarifiait jamais, était peu coloré, et pesait spécifiquement 1,014. Ce liquide se troublait par l'ébullition, et ne montrait, du reste, aucune différence avec les vomissemens verts.

Analyse de l'urine.

L'urine rendue par un homme, après un choléra très-grave, avait une pesanteur de 1,0085; elle était tout-à-fait neutre, trouble, avait une faible couleur jaune et ne s'éclaircissait jamais complètement. Il s'en séparait un petit quantité de mucus vésical, et les parois du verre se couvraient en partie de petits cristaux brillans d'acide urique. De l'acide nitrique mêlé en petite quantité à l'urine en séparait aussi après plusieurs heures de l'acide urique. Mêlée avec de plus grandes quantités d'acide nitrique, l'urine ne présentait aucun des changemens de couleur qui signalent la présence de la résine de la bile. L'urine évaporée jusqu'au 12e de son volume, et mêlée avec de l'acide nitrique, de la pesanteur spécifique de 1,22 en volume double, donnait bientôt un masse cristalline de nitrate d'urée. En outre, l'urine donnait du précipité avec l'ammoniaque, le nitrate d'argent, le chlorure de potassium, l'acétate de plomb et la teinture de noix de galles. Elle était aussi troublée par le chlorure d'argent.

Si l'on compare les résultats de cette analyse avec celles de l'urine saine, on trouve peu de différences; et encore ne sont-elles pas constantes. L'urine des cholériques réagit comme celles des personnes bien portantes, acide dans la plupart des cas. Les pesanteurs spécifiques ne sont pas différentes.

Analyse de l'air expiré par les cholériques.

Cette analyse, de crainte d'erreurs, a été toujours faite deux fois, et l'air employé a été pris sur deux individus froids, bleus, sans pouls, qui moururent peu de temps après. L'air expiré a été recueilli dans des vessies épaisses, plusieurs fois expulsé de peur de mé-

lange avec l'air atmosphérique et aussitôt transporté dans des vases remplis de mercure.

1° Air expiré par Decus, âgé de 27 ans.

1re *expérience :*	170,8 d'air de cholérique dans l'endiomètre,	
Mêlé à	103,5 d'hydrogène;	
Reste après la combustion	170.	

En conséquence l'air en volume était de :

Oxigène;	34,8	— 20,37
Azote et acide carbonique,	136,0	— 79,63
	170,8	100,00

2e *expérience :*	188,4 d'air de cholérique,	
Mêlé à	110,3 d'hydrogène ;	
Restant après la combustion,	183,9.	

Ainsi l'air en volume était composé de :

Oxigène,	38,8	— 20,35
Azote et acide carbonique,	150,1	79,67
	188,4	100,00

Acide carbonique de cet air : — 246 centimètres cubes d'air de cholérique à 12° de Réaumur et sous la pression barométrique de 339,3 lig., se réduisirent, après être restés trois jours sur la potasse caustique, à 241 centimètres cubes, à 13° de Réaumur, et 337, 4 lig. de pression barométrique. Ainsi l'air en volume contenait sur 100 parties en acide carbonique 3,49.

L'air analysé se composait donc en volume de :

Oxigène,	20,35
Azote,	76,15
Acide carbonique,	3,49
	100,00

Air expiré par la femme Siegelkon, de 26 ans.

1re *expérience :*	155,5 d'air de cholérique,	
Mêlé à	108,5 d'hydrogène,	
Reste après la combustion,	133,3.	

Ce qui donne : Oxigène	30,2	— 19,42
Azote et acide carbonique,	125,3	— 80,58
	155,5	100,00

2e *expérience :*	185,2 d'air de cholérique,	
	112,8 d'hydrogène,	
Reste après la combustion,	190,0	

Ce qui donne : Oxigène,	36,0	— 19,44
Azote et acide carbonique,	149,2	— 80,56
	185,2	100,00

Acide carbonique de cet air : — 141 centimètres cubes à 8° de Réaumur et 323, 16 l. de pression barométrique, laissèrent, après être restés quatre jours sur la potasse caustique, 138 centimètres cubes à 8° de Réaumur, et à 322,11 l. de hauteur barométrique. Ce qui donne d'acide carbonique 2,13 pour cent.

L'air était donc en tout composé de :

Oxigène,	19,43
Azote,	78,44
Acide carbonique,	2,13
	100,00

Les évaluations de l'acide carbonique expiré par les personnes saines sont très-variables et flottent entre 3,3 et 13,8. D'aussi grandes différences ne peuvent être que le résultat d'erreurs. Allen et Pepys admettent comme terme moyen 8 ou 8,5 pour cent. Dans les expériences relatées plus haut, l'acide carbonique n'est que 2,2 et 3,5 pour cents, le quart de celui qu'expirent les personnes bien portantes. Une aussi grande diminution dans l'acide carbonique de l'air expiré par les cholériques doit entraîner les conséquences les plus importantes pour l'économie animale; car par là se perd la source la plus importante de la chaleur animale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS (Septembre 1833).

THE LONDON MEDICAL AND PHYSICAL JOURNAL.

Le numéro de septembre ne contient que deux articles originaux : l'un, qui est fort long, est la suite du mémoire du docteur A. Turnbull-Christie sur le choléra ; l'autre, fort court, est une note sans aucune importance sur la salspareille et le sassafras, communiquée à la société médico-botannique de Londres. Le journal annonce d'ailleurs qu'il va cesser de paraître sous sa forme actuelle ; à dater du mois d'octobre, il ne paraîtra que par cahiers trimestriels, sous le titre nouveau de *The medical quaterly Review.*

THE LANCET.

CAS DE CHORÉE GRAVE

TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR DES DOSES ÉNORMES DE CARBONATE DE FER;

Par le docteur HUTCHINSON,

Médecin de l'hôpital général de Nottingham.

L'efficacité du carbonate de fer à haute dose dans le traitement de la chorée, comme dans celui de

quelques autres affections nerveuses, est si bien démontrée, qu'il n'est plus besoin de nouvelles preuves. Mais dans l'observation suivante les symptômes offraient une telle violence, cette préparation a été administrée à des doses si énormes, et ses effets curatifs ont été si évidens, qu'elle nous semble mériter une attention particulière.

Obs.—Marie Brenntnall, âgée de 18 ans, est admise à l'hôpital le 2 juillet. Tous ses muscles volontaires sont dans une violente agitation, elle jette les jambes et les bras dans toutes les directions possibles; elle ne peut rester un instant en repos, et sa sœur et sa mère sont obligées de la tenir de force sur un fauteuil. Les bras sont couverts de contusions; la langue est gonflée; la physionomie animée; elle ne peut avaler que des liquides; les pupilles sont légèrement dilatées mais mobiles; elle ne peut parler que par monosyllables; les muscles fléchisseurs des bras et des jambes paraissent agir avec plus de violence que les extenseurs, et les mouvemens convulsifs sont si violens qu'elle ne peut rester dans son lit; aussi est-on obligé de lui en pratiquer un sur le plancher. On prescrit aussitôt calomel et extrait de coloquinte de chacun 6 grains, de trois en trois heures; essence de térébenthine sous forme d'émulsion, gros. Après l'action du purgatif elle commence à prendre carbonate de fer, 6 gros, de quatre en quatre heures.

Le 4 juillet, pas d'amélioration; la tête est plus chaude que les autres parties du corps; les pupilles sont légèrement dilatées; le purgatif a agi avec énergie; la malade est constamment en mouvement et ne peut dormir que pendant quelques minutes; on lui coupe les cheveux aussi ras que possible; il serait impossible de les raser. (Des applications froides sur la tête; essence de térébenthine, une once; porter la dose de carbonate de fer à une once toutes les trois heures.)

Le 5, les mouvemens convulsifs paraissent diminués; mais ils sont beaucoup plus violens pendant la nuit, et la malade ne peut prendre aucun repos. Le purgatif a agi vivement; la tête est froide; la langue offre plusieurs morsures profondes. (Essence de térébenthine, 6 gros; muriate de morphine, 1/8 grain; carbonate de fer, une once, toutes les trois heures.)

Le 6, la nuit a été meilleure; les mouvemens convulsifs sont moins violens; elle continue le carbonate de fer et le sulfate de morphine aux mêmes doses.

Le 8, les nuits sont plus tranquilles; les mouvemens beaucoup moins violens; elle a rendu un ascaride; craignant qu'il n'y en ait d'autres dans le canal intestinal, on lui prescrit immédiatement calomel, 6 gros; poudre de scammonée, 8 grains; (carbonate de fer, idem.)

Le 9, l'amélioration continue; la malade a eu trois selles, mais n'a pas rendu de vers; depuis le jour de son admission elle a pris 43 onces de carbonate de fer; continuer le même traitement.

Le 10, Elle est beaucoup mieux; elle peut manger seule et prononcer des phrases de quelque longueur.

Le 12, elle va de mieux en mieux; elle peut marcher quoiqu'avec beaucoup d'incertitude; elle continue de prendre le carbonate de fer. Depuis cette époque jusqu'au 28, l'amélioration a continué graduellement, alors elle parlait bien, pouvait faire un nœud seule, et elle avait continué à prendre la même dose de carbonate de fer.

Le 4 avril, sa santé est très-bonne; elle prend une once de carbonate de fer deux fois par jour; et elle sort le 12 parfaitement rétablie, après avoir pris depuis l'époque de son entrée jusqu'à ce moment, 11 livres, 7 onces, 5 drachmes de carbonate de fer.

Le commencement de la maladie remontait au 26 mai. En revenant ce jour-là d'une église, elle dit à sa famille qu'elle se sentait extrêmement accablée, et était convaincue qu'elle avait commis quelque faute impardonnable; depuis cette époque elle devint extrêmement nerveuse et les agitations convulsives augmentèrent graduellement jusqu'à l'époque de son admission.

Elle fut d'abord confiée aux soins d'un médecin et d'un chirurgien, qui, tous deux et successivement la traitèrent par les purgatifs seulement; mais les convulsions, au rapport de sa mère, ne firent qu'augmenter. Avant cette maladie, elle avait toujours joui d'une bonne santé, et depuis deux ans qu'elle avait ses règles, elle n'en avait éprouvé aucun dérangement. Le 26 avril elle était bien portante, mais n'avait point eu ses règles depuis trois mois.

OBSERVATIONS

SUR L'EXPLICATION DES BRUITS, DE L'IMPULSION ET DU RHYTHME DU COEUR DU DOCTEUR HOPE;

Par M. Bryan.

On est bien loin d'être d'accord sur la cause des bruits et de l'impulsion du cœur, malgré le grand nombre de systèmes qui depuis quelques années ont été mis au jour pour en donner l'explication. Parmi ces systèmes, celui du docteur Hope est l'un des plus récens et l'un de ceux qui ont le plus fixé l'attention des physiologistes. Bien qu'il soit peu connu en France, malgré la publication d'un bon ouvrage du même auteur sur les affections du cœur et des gros vaisseaux, et où ce système a trouvé de nombreuses applications, nous allons cependant reproduire quelques-unes des objections présentées par M. Bryan; c'est un moyen de faire connaître le système du docteur Hope et d'en faciliter la comparaison avec ceux publiés en France depuis quelques années. Mais nous ferons remarquer d'abord que celui du docteur Hope est aujourd'hui assez généralement admis en Angleterre, au moins par les principaux organes de la presse médicale de ce pays.

Commençons par exposer la manière dont le docteur Hope explique la formation des bruits du cœur. « Tous les phénomènes de l'action du cœur, tant en santé qu'en maladie, me portent à admettre que tous les bruits sont produits par le fluide qui y est contenu. Voici comment je m'explique le mécanisme de leur production d'après les lois de la physique. Lorsque les parois des ventricules se contractent, une impulsion est donnée aux particules du fluide qui se trou-

vent en contact avec elles, et cette impulsion se communiquant par collision d'une particule à une autre particule, produit le son. L'irrégularité de la surface de leur intérieur est disposée de manière à favoriser la formation du son; car, au premier mouvement de contraction, la couche de fluide placée près de la surface, et qui se trouve enveloppée dans les sinuosités des colonnes charnues, est poussée dans une infinité de courans opposés; en sorte que la collision des particules est plus étendue et plus violente que si elle était due à une simple impulsion directe. Cependant, on conçoit que ces courans opposés ne se neutralisent pas l'un l'autre par leur réaction réciproque; car le sang trouvant une issue par les orifices artériels, la réaction n'est pas égale dans tous les sens. Si la contraction se fait graduellement, il est évident que le son devra être sourd et prolongé, et si elle est soudaine, il devra être bref, fort et sonore. Pendant que ce phénomène se passe à la surface, la masse centrale se dirige vers les orifices aortique et pulmonaire, et comme son courant est composé d'une multitude de courans opposés réfléchis de tous les points des parois ventriculaires, et convergens vers les orifices, la collision vibratoire qui en résulte entre les différentes particules du sang occasionne le son.»

Si telle est la cause du premier bruit du cœur, il doit persister aussi long-temps que les courans opposés, c'est-à-dire pendant tout le temps que le ventricule met à se contracter.

Si, au premier mouvement de contraction du ventricule, le sang est lancé en un grand nombre de directions, ces courans ne doivent-ils pas se diriger d'abord vers les valvules tricuspides et métrales, et les fermer, avant de se diriger vers les artères, et d'après les lois les plus simples de la physique, ces valvules ne doivent-elles pas, dans cette occasion, se fermer avec une force et une vitesse susceptibles de les faire vibrer et de produire un bruit? Le docteur Hope, qui tient si exactement compte de chaque petit bruit produit par la collision de chacune des particules du sang contre une autre particule, n'a-t-il donc tenu aucun compte du bruit produit par le battement vibratoire des valvules?

D'ailleurs, est-il bien démontré par les lois de la physique que la collision de courans opposés dans le sang doive déterminer la production du bruit? Le docteur Hope le dit; mais comme il n'apporte aucune preuve à l'appui de cette proposition, et que nous ne sommes pas obligés de le croire sur parole, nous allons donner l'explication des premiers bruits, fondée sur une loi générale de physique dont nous voyons des applications tous les jours.

Tout solide flexible qui passe subitement de l'état de relâchement à celui de tension, vibre, et ses vibrations sont sonores ou non, suivant sa structure.

Au commencement de la systole des ventricules leurs valvules auriculaires sont mises en mouvement, et au moment où elles vont se fermer toute la masse de leurs parois et les valvules se trouvent tout-à-coup en état de tension et conséquemment vibrent.

Le sang, il est vrai, se trouvant en contact avec un corps solide vibrant doit entrer aussi en vibration, mais alors il n'est que conducteur du son, et ce n'est pas lui qui le produit.

Le docteur Hope attribue aussi la production des bruits anormaux au sang; mais ici nous trouvons les mêmes difficultés; sans doute c'est le mouvement du sang qui les occasionne, car jamais un fluide ne passe sur la surface d'un solide avec une certaine vitesse sans produire dans ce solide des vibrations sonores. Le son lui-même varie suivant la nature de la surface, mais aussi suivant ses attaches. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, si la surface est fixe, les vibrations sont fines et le bruit moelleux; si elle est libre, les vibrations sont plus étendues et le bruit plus fort.

Le docteur Hope explique le second son de la manière suivante : « Pendant la diastole le sang s'élance, avec une vélocité instantanée, des oreillettes dans les ventricules, et la réaction des parois ventriculaires sur les particules, lorsque leur cours est subitement arrêté par la fin de la diastole est, je pense, la cause du bruit fort, clair et court. »

Si c'est la répercussion du sang par la surface d'un corps solide entrant subitement en état de tension qui produit le second bruit du cœur, pourquoi ne pas l'attribuer plutôt au choc du sang sur les valvules semi-lunaires du côté des artères où le phénomène de répercussion se fait avec une bien plus grande intensité? Voici les motifs sur lesquels s'appuie le docteur Hope pour ne pas attribuer aux valvules semi-lunaires la production du second bruit du cœur. « Ayant trouvé que le bruit avait conservé toute sa force dans des cas où les valvules, d'un côté au moins du cœur, étaient ossifiées et immobiles, j'étais porté à soupçonner que ce second bruit n'était pas produit par le choc contre ces valvules; mais ce soupçon se changea en certitude, lorsque je trouvai ce son non-seulement aussi fort, mais même augmenté dans des cas de dilatation énorme des deux ventricules dont les cavités ne pouvaient se vider complètement et où conséquemment le mouvement des valvules doit avoir été empêché par la pression constante du fluide des deux côtés. »

La première de ces objections, qui repose sur l'ossification de l'une des valvules du cœur, est évidemment sans valeur, car en admettant que le bruit fût un peu moins fort d'un côté, il n'en serait que plus clair et plus facile à percevoir de l'autre. Quant à la seconde, qui repose sur la présence du sang dans les ventricules dilatés, nous ne voyons pas comment le sang empêcherait la valvule semi-lunaire de se fermer et le choc du sang supérieur d'avoir lieu; et au contraire la présence de ce sang dans les ventricules nous semble devoir empêcher celui contenu dans les oreillettes de pénétrer avec assez de force et de frapper les parois ventriculaires assez vivement pour que le moindre bruit soit produit. Cette objection est donc beaucoup plus défavorable au système propre du docteur Hope qu'à celui contre lequel il le dirigeait.

Impulsion du cœur. Le docteur Hope pense que l'aorte et l'artère semi-lunaire sont les points fixes vers lesquels tendent les fibres des ventricules pendant la systole, et il pense que le corps tendu et arrondi des ventricules se trouve rapproché des

oreillettes qui sont en arrière; que conséquemment le sommet est porté en avant, et que plus les ventricules se contractent, plus la pointe ou le sommet du cœur est poussée en avant par la distension des oreillettes qui se fait en même temps et suivant la même progression.

Cette explication de l'impulsion suppose une imperfection dans le mécanisme du cœur; car, si lorsque les ventricules se contractent ils exercent une pression sur les oreillettes, ils doivent perdre une partie de leur force dans cette espèce de lutte. Mais est-il bien certain que les orifices artériels sont les points fixes vers lesquels tendent les fibres des ventricules? L'examen de ces orifices et des parties qui les entourent prouve qu'ils sont eux-mêmes mobiles.

TRAITEMENT

DE L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE PAR L'IODE;

Par le docteur CALDWELL DE CAMBERWELL,

Médecin du dispensaire de la Cité.

OBS.— Denis, âgé de 8 mois, fut admis, le 15 janvier, au dispensaire, présentant les symptômes suivans : Physionomie d'un idiot; saillie très-prononcée de l'os frontal; distension considérable des veines sous-cutanées de la tête; constipation habituelle, dysurie, vomissemens fréquens, convulsions, disposition très-irritable.

La mère dit avoir perdu déjà deux enfans de la même maladie; l'un à l'âge de trois mois, et l'autre à cinq; l'enfant qu'elle amenait était dans cet état depuis sa naissance. Comme il paraissait souffrir beaucoup, le docteur Caldwell proposa à la mère de pratiquer la ponction comme le moyen qui devait procurer le soulagement le plus immédiat : mais elle n'y voulut pas consentir, et l'enfant, dont la tête avait dix-huit pouces et demi de circonférence et douze pouces et demi d'une oreille à l'autre, fut soumis au traitement par l'iode.

Des frictions furent pratiquées trois fois par jour avec la pommade suivante :

Prenez : Iode, 1 gros.
Cérat, 1 once.
F. nung.

Le malade prenait en outre *hydr. cum cretâ*, 4 grains par jour et une potion avec oximel seillitique.

Au bout de dix jours environ la tête fut mesurée et présenta une diminution de trois quarts de pouce dans la circonférence et d'un demi-pouce d'une oreille à l'autre. Tous les autres symptômes avaient en outre perdu de leur intensité; le vomissement et les convulsions avaient cessé; la face était meilleure et le repos tranquille. Le principal changement observé dans les excrétions pendant cette courte période fut une abondance extraordinaire d'urine et que l'on ne pouvait attribuer aux moyens pris à l'intérieur, car ils avaient été presque constamment rejetés par les vomissemens.

Les frictions furent encore continuées, et après un petit nombre de semaines la forme du crâne avait éprouvé une amélioration notable; l'os du front n'offrait plus qu'une saillie médiocre, et depuis cette époque l'enfant a joui d'une bonne santé.

EMPLOI DE L'IODE

DANS LE TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION DE LA CONJONCTIVE CHEZ LES ENFANS SCROPHULEUX;

Par M. CLOSS.

L'auteur de cette communication rapporte avoir employé l'iode avec beaucoup d'avantage dans trois cas d'inflammation de la conjonctive, sur des enfans chez lesquels la disposition aux scrophules était héréditaire, et chez lesquels on avait employé inutilement tous les autres moyens, tels que la saignée, les vésicatoires, les cautères, les purgatifs, les lotions astringentes et le changement d'air. Il dit avoir administré l'iode à l'intérieur, combiné à l'hydriodate de potasse et sous la formule suivante :

Prenez : Iode, 6 grains.
Hydriodate de potasse, 1 gros.
Eau, 2 onces.
Teinture aromat. 1 gros.
M. F. P.

à prendre par cuillerée à thé, trois fois par jour, dans une tasse d'eau froide. Chez l'un de ces enfans, qui avait depuis quatre ans un engorgement de la glande sous-maxillaire de chaque côté, il joignit à cette potion des frictions avec la pommade suivante :

Prenez : Iode, 11 grains.
Hydriodate de potasse, 2 gros.
Cérat, 1 once.
M. F. Ung.

Dans ce dernier cas, la jeune fille, âgée de 12 ans, prit la potion et fit les frictions pendant trois mois et sans cesser un seul jour. A l'époque où elle commença le traitement, les glandes engorgées avaient chacune le volume d'une orange. Maintenant on peut à peine les distinguer. La constitution de cette jeune fille, qui était pâle et très-maigre, semble maintenant renouvelée; elle a de l'embonpoint, de la fraîcheur, et jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION DE RUPTURE DU DUODÉNUM,

Par J. COLLIER,

Membre du collége royal des chirurgiens.

Nous possédons plusieurs exemples de rupture des intestins par suite d'un choc violent sur l'abdomen, qui n'a cependant nullement lésé les parois de cette cavité; mais en général ce sont alors les intestins libres dans l'abdomen qui sont lésés, et la division

complète du duodénum par une telle cause est un fait tellement rare qu'il n'a peut-être pas d'analogue dans la science.

Obs.—William Baldwin, âgé de 13 ans, était occupé à la manœuvre d'une machine (*a horse churn*) dans la matinée du samedi 22 août 1833, lorsque s'étant placé malheureusement, pour uriner, le dos contre le mur tout voisin, l'extrémité de la machine en rotation venant à le heurter, lui donna un coup des plus violens sur l'abdomen, dans la région ombilicale, et lui causa une sensation de douleur atroce. On le releva aussitôt et on le transporta dans la maison. Là, aussitôt qu'il put parler, il dit qu'il croyait avoir le ventre crevé. Il vomit presque immédiatement; on lui fit boire en conséquence de l'eau-de-vie et de l'eau, et après quelque temps, se trouvant un peu soulagé, il manifesta le désir de retourner chez lui, à la distance d'un mille et demi. Il marcha, avec l'aide d'un guide, durant le premier mille; mais pour le reste du chemin il fallut le porter. Il raconta à ses parens où et de quelle manière il avait été frappé. Les symptômes n'ayant rien d'urgent, la famille différa d'appeler des secours; il fut donc mis au lit et laissé en cet état l'espace de deux ou trois heures.

A deux heures de l'après-midi, il se leva lui-même, descendit en bas des escaliers, et resta jusqu'à sept heures du soir. Alors il se sentit fatigué et retourna au lit. Dans la journée, il avait eu de fréquens vomissemens de liquides aqueux; l'estomac ne pouvait rien supporter. Sur le soir, il vint des matières bilieuses. A onze heures, il eut une défaillance subite; ses parens s'alarmèrent et envoyèrent chercher un médecin. Je m'y rendis aussitôt; mais il était expiré avant mon arrivée, ayant survécu à son accident treize heures.

Je pris des informations, et l'on m'assura qu'il n'avait rendu de sang ni par les vomissemens ni par le rectum. Depuis qu'il avait reçu le coup, il n'avait point été à la selle. Il avait uriné trois ou quatre fois sans aucune trace de sang dans l'urine. L'abdomen ne présentait aucune marque extérieure de violence, ni aucun épanchement circonscrit.

Autopsie. L'abdomen était distendu par des gaz et par un liquide sanguinolent. Les intestins n'offrirent d'abord aucun altération morbide; mais, en les examinant d'un bout à l'autre, le principal siége de la lésion fut rencontré dans le duodénum, immédiatement au-dessus de la tête du pancréas; l'intestin était là complètement divisé dans le point où il croise la seconde vertèbre lombaire. Les deux ouvertures étaient déchirées en lambeaux et d'une couleur livide; l'inférieure était libre et flottante, et des portions d'alimens digérés étaient épanchées dans la cavité abdominale.

Vers le côté gauche de l'épine, au point où commence le jéjunum, l'intestin présentait une large perforation du diamètre d'un scheling. Il y avait une infiltration de sang entre les lames du mésocolon et jusque dans le tissu cellulaire qui environne le rein gauche; mais le rein lui-même n'avait nullement souffert. Le péritoine en avant du rein, et même à la racine du mésentère, était ecchymosé.

Le foie était pâle, et à la partie inférieure de son lobe droit, près du bord, on voyait deux petites plaies déchirées, chacune d'un demi-pouce de longueur. La vésicule biliaire était intacte, et contenait une petite quantité de bile. Les autres viscères ne présentèrent rien d'anormal.

Ce qui m'a engagé à donner un récit de cette observation, ajoute l'auteur, c'est que les symptômes ont été moins graves, et la défaillance subite beaucoup plus retardée que cela n'a lieu d'ordinaire dans les cas de rupture des intestins.

EXPÉRIENCES SUR LA CONSISTANCE DU SANG COAGULÉ,

Par M. le docteur Johnson,

L'auteur de cette communication propose l'emploi d'un moyen bien simple, mais qui a dû être souvent déjà essayé, pour arriver à la connaissance exacte du degré de consistance du sang dans les différentes affections. Ce moyen consiste en un instrument en ivoire et de forme conique, terminé à une de ses extrémités par une pointe fine qui doit pénétrer, par le poids de tout l'instrument, dans le sang tiré par la saignée, et offrant sur les côtés une échelle destinée à marquer les degrés de consistance du sang par le point où il s'arrêtera en pénétrant dans le caillot de la saignée.

L'emploi de cet instrument, auquel son auteur a donné le nom de hémomètre, et fondé sur la connexion générale que chacun sait exister entre l'état général de l'économie et le plus ou moins de consistance du sang, et est destiné à servir d'indication sur l'utilité de la saignée dans quelques cas, et des autres évacuans antiphlogistiques. Pour les praticiens anglais, qui s'occupent plus, dans le traitement, de l'état général des forces de l'économie que du siége de la lésion, cet instrument semblerait devoir être d'une utilité spéciale; mais nous pensons qu'on aurait très-grand tort de s'en rapporter aux indications fournies par cet instrument, que les circonstances suivantes et beaucoup d'autres encore peuvent rendre trompeuses.

Dans les maladies les plus graves, et où l'altération du sang est un des phénomènes les plus importans à constater pendant la vie du malade, il arrive souvent qu'à la surface du sang tiré par la saignée il y a une couche qui offre quelquefois une grande résistance et même peut être couverte d'une couenne grisâtre qui tendrait à augmenter cette consistance, tandis qu'au-dessous le caillot est tout-à-fait privé de consistance et semble formé d'un mélange fluide de la matière colorante du sang et de gélatine.

Le moment où commence la décomposition chimique du sang n'est pas le même dans tous les cas, puisque souvent elle est déjà très-avancée quand ce fluide sort de la veine, en sorte qu'il ne serait pas facile de déterminer exactement l'instant où l'on doit pratiquer l'opération.

TÉTANOS TRAUMATIQUE

Traité avec succès par le carbonate de fer ;

Par E.-F. Dehane.

Le tétanos est le désespoir de la chirurgie. A voir toutes les médications successivement prônées pour son traitement, et toutes à peu près tombées dans un égal oubli, nous aurions passé légèrement sur cette observation si elle avait été isolée. Mais ce qui lui donne un intérêt plus puissant, c'est qu'elle se rattache à un système de traitement mis en pratique par le docteur Elliotson, et qui déjà lui a réussi deux fois.

Obs.—Robert Ireland, homme d'une robuste santé, conduisant le 25 mai une voiture d'engrais, et se trouvant dans un état d'ivresse, tomba de sa voiture, dont les roues lui passèrent sur le corps. De là une fracture du tibia et du péroné de la jambe gauche, un peu au-dessus de l'articulation du coude-pied; le gros orteil du pied droit était lacéré et les os comminutivement brisés; enfin une petite portion de la crête de l'os iliaque gauche était aussi fracturée. On le ramena chez lui à une distance d'environ trois milles ; là il fut immédiatement mis au lit ; la fracture de jambe réduite, l'orteil couvert d'un cataplasme ; et on administra des anodins, puis des apéritifs.

Tout parut aller bien jusqu'au 4 juin ; mais alors tout étant bien d'ailleurs, il commença à se plaindre d'une légère raideur des mâchoires, qui parut aller en croissant quoique sans douleur. On prescrivit le mélange suivant : décoction de kina, demi-livre ; teinture d'opium, cent gouttes ; poudre de kina et de carbonate d'ammoniaque, de chaque deux gros ; à prendre une once à la fois toutes les deux ou trois heures. On fit en outre des embrocations anodines autour du cou.

Le 8, le resserrement des mâchoires était complet; il se plaignait d'une vive douleur à la nuque, s'étendant jusque vers le milieu de l'épine dorsale; le pouls était à 85. Il continua à prendre la potion de kina et d'opium, avec addition d'un demi-gros de kina en poudre par chaque dose.

Le 9, les symptômes avaient été croissant ; les muscles abdominaux, comme ceux du cou et de la mâchoire, étaient rigides et affectés de violens accès de douleurs spasmodiques. La tête était déjetée en arrière, le pouls à 100; l'emploi du carbonate de fer fut décidé. On en prescrivit une livre en poudre à prendre dans la journée dans du thé de bœuf et de la thériaque ; on fit des frictions sur les parties affectées avec la teinture d'opium et on sollicita les intestins avec l'huile de ricin. La plaie suppurait toujours abondamment.

Le 10, la nuit a été plus tranquille, les douleurs très-mitigées ; il y a eu des selles, et le pouls est tombé à 70 ; mais la rigidité des muscles persiste. Pr. 12 onces de carbonate de fer.

Le 11, mauvaise nuit, la douleur du dos étant revenue ; il est mieux le matin. Pr. : un livre de carbonate de fer chaque jour, *ad libitum*.

Le 12, relâchement léger de la mâchoire ; constipation. On donne une potion purgative et on continue le carbonate.

Le 13, nuit bonne ; cessation des douleurs spasmodiques; la potion purgative a fait son effet. Le pouls est à 65; le malade a de l'appétit, quoique les liquides seuls puissent passer. On diminue la dose de carbonate.

Le 14, le malade en discontinue l'usage de son propre mouvement; tous les symptômes reviennent ; douleurs atroces; le pouls est remonté à 90. On prescrit pour le 15 une livre de carbonate de fer.

Le 16, amélioration notable; on continue le carbonate et la mixture apéritive.

Le 17, la nuit a été excellente; nulle douleur ; le pouls à 80. A dater de ce jour les symptômes allèrent en s'amendant. Il y eut bien encore quelques exacerbations durant une semaine ; mais dès le 7 juillet, le relâchement des muscles était tel qu'il pouvait tourner la tête de tous les côtés, et exercer la mastication. Le 21 du même mois, tous les symptômes avaient disparu depuis long-temps ; la plaie de l'orteil était cicatrisée; et la fracture solidement réunie.

Si quelque observation a pu être apportée en preuve de l'efficacité d'un médicament, c'est assurément celle-ci. On voit les symptômes s'amender sous l'influence du remède, s'accroître dès qu'on en suspend l'emploi, et enfin la guérison vient couronner cet heureux essai. Aurons-nous enfin une méthode curative du tétanos, et le carbonate de fer tiendra-t-il tout ce qu'il promet? Nous ne pouvons omettre cette remarque que le tétanos dont on vient de lire l'histoire ne paraît pas avoir été bien violent, et qu'il semble plutôt participer de cette variété que quelques observateurs ont appelée *tétanos chronique*. Toutefois, ce succès nouveau, joint à ceux du docteur Elliotson, doit encourager les praticiens à renouveler ces essais ; on voit qu'il ne faut pas lésiner sur la dose de carbonate de fer ; seulement, la constipation doit être soigneusement combattue, et l'usage du médicament continué quelque temps encore, mais à doses décroissantes, après que les symptômes paraissent calmés.

—

SUR L'INCERTITUDE DE LA DURÉE DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT ;

Par John Chatto,

Membre du collége royal des chirurgiens.

L'expérience de tous les accoucheurs a déjà montré combien il faut mettre de réserve dans le pronostic, lorsqu'il s'agit d'évaluer la durée probable du travail et de fixer l'heure à laquelle aura lieu la délivrance. Souvent des circonstances imprévues ralentissent tout-à-coup un travail qui semblait se hâter ; d'autres fois l'utérus se débarrasse du fœtus avec une rapidité inattendue. M. Chatto rapporte en exemples les faits suivans, qui l'ont particulièrement frappé. Nous reproduisons sa narration concise.

Obs. I.—Mistriss B., âgée de 28 ans, déjà mère de deux enfans. Quand je fus appelé près d'elle, de vives douleurs avaient eu lieu depuis quelques heures; mais ma présence ayant effrayé la malade, elles cessèrent aussitôt. L'orifice utérin était dilaté de l'étendue d'une couronne; ses bords n'offraient ni épaisseur ni dureté, le vagin était bien dilaté et suffisamment lubréfié. Je la quittai. Les douleurs ne reparurent que *quinze jours* après. Alors elles se prononcèrent avec énergie, et l'accouchement fut terminé en quelques heures.

Obs. II.—Mistriss N., âgée de 35 ans, bassin ordinaire, déjà mère de quatre enfans. Quand je la vis pour la première fois, elle avait eu pendant quelques heures de faibles douleurs, qui continuaient sans aucun caractère sérieux. L'orifice utérin était fort élévé, peu dilaté, aminci toutefois; la poche des eaux n'était point rompue. Presque immédiatement après, il survint une ou deux douleurs énergiques, et avant que j'eusse traversé la chambre la tête de l'enfant touchait le périnée, qu'elle élargissait rapidement.

Obs. III.—Mistriss C., âgée de 21 ans, petite stature, mère d'un enfant. Les douleurs, d'abord aiguës, étaient devenues faibles et très-rares; l'orifice utérin était très-peu dilaté; les eaux de l'amnios écoulées. Deux douleurs suffirent pour compléter la dilatation et expulser l'enfant.

Obs. IV.—Mistress B., âgée de 33 ans, bassin large, trois enfans. Douleurs fort légères et pas plus vives que la malade n'en avait ressenti durant les deux derniers mois. Je pus à peine atteindre l'orifice utérin; la dilatation n'était point commencée; les bords de l'orifice étaient épais et durs; les eaux de l'amnios non écoulées. Jugeant que le travail n'était point commencé, je la quittai. Mon départ l'ayant beaucoup irritée, une douleur vive survint; on me rappela comme j'étais au bas de l'escalier, et, à ma grande surprise, je trouvai l'orifice utérin complètement dilaté et l'accouchement près de se terminer. J'expliquai aussi bien que je pus cette circonstance à la dame, mais sans succès.

Obs. V.—Mistriss L., âgée de 39 ans, douze enfans. Douleurs fort légères; l'orifice utérin très-haut, très-médiocrement dilaté et épais à sa circonférence. Je m'étais donc résigné à attendre patiemment, lorsqu'au bout d'une demi-heure je fus rappelé près de son lit, et je fus agréablement surpris d'arriver précisément au moment de recevoir l'enfant. Elle dit que durant cette dernière douleur elle avait senti *sa matrice s'ouvrir*.

Nous ne trouvons rien à ajouter aux réflexions judicieuses dont l'auteur fait suivre le récit de ces observations.

J'ai eu si fréquemment, dit-il, l'occasion de voir l'accouchement se terminer avec les douleurs en apparence les plus insignifiantes, que je ne quitte jamais une femme, quelque peu qu'elle ait souffert, sans la toucher, et que je reste toujours près d'elle quand je trouve l'orifice utérin aminci et mou, quel que soit le degré de dilatation. Quand les bords de cet orifice sont épais et durs, je laisse la femme pour quelques heures, quoique ce ne soit pas toujours impunément, ainsi qu'on l'a vu dans ma quatrième observation; mais je ne me rappelle pas avoir rencontré un autre cas exactement semblable.

Je n'aurais point publié ces remarques si je n'avais vu, nombre de fois, des accidens survenir quand les accoucheurs quittaient leur malade, alors que le travail avait fait de plus grands progrès que les douleurs ressenties n'auraient permis de le supposer, et de fâcheux désappointemens par suite de promesses d'une terminaison prompte que quelque accident venait démentir. La confiance de la malade est dans tous les cas notre plus puissant auxiliaire, mais nulle part autant que dans l'art des accouchemens; et c'est bien moins par des promesses inconsidérées que par un pronostic judicieux et prudent que nous pouvons l'obtenir.

—

OBSERVATION

D'un cas d'hydrophobie développé trois mois après la morsure;

Par M. Cox.

Obs.—Ames, âgé de 14 ans, fut mordu à la main vers la fin de mai, par un chien qui, étant soupçonné d'être enragé, fut tué à l'instant même. On conseilla l'excision des parties voisines de la morsure; mais le père préféra s'en rapporter à un paysan qui jouissait d'une grande réputation médicale, et qui, après lui avoir donné quelque drogue à prendre, dit qu'il était guéri. Le 2 septembre, l'enfant se plaignit de douleurs à la gorge, avec sentiment de suffocation; en même temps, il paraissait dans une grande anxiété, parlant de la mort, et disant qu'on avait vu des gens « chez lesquels la gorge se fermait, » et que telle serait aussi sa fin.

Le lendemain, l'anxiété et la crainte augmentent sans aucun autre symptôme particulier.

Le surlendemain, quand je le vis à trois heures, il était dans une agitation extrême, faisant de grands efforts pour respirer, comme une personne que l'on plonge subitement dans la mer; les yeux étaient hagards et exprimaient la plus grande inquiétude; les pupilles étaient dilatées. Le malade crachait constamment; il paraissait désirer vivement de se rafraîchir la bouche avec de l'eau. Quand on lui en offrit, son agitation augmenta; il saisit le verre et avala quelques gorgées d'eau; puis éprouva de violentes convulsions et fit de grands efforts pour respirer. Cependant il ne quittait pas le vase de la main, criant : « Peu à la fois, » et répétant constamment cette exclamation. Lorsqu'on lui adressait une question, il y répondait, mais d'une manière brusque et interrompue, comme s'il manquait d'air pour prononcer. Il n'accusait aucune douleur, si ce n'est un sentiment de froid à la partie postérieure de la tête; mais en me montrant la main qui avait été mordue, il disait : « Voyez, monsieur, voyez. » Une lumière approchée des yeux ne faisait pas contracter les pupilles, mais paraissait causer une grande frayeur au pauvre enfant. Le moindre bruit, et surtout celui des vagues qui venaient battre la côte au-dessous des

croisées de sa chambre, lui causait une grande agitation. Il regardait tout autour de lui, comme s'il était poursuivi ou effrayé par l'approche de quelqu'un. L'expectoration des crachats n'était interrompue que par quelques vomissemens et des exclamations subites d'alarme.

Le traitement que je fis exécuter sur-le-champ, et qui fut composé d'un bain chaud, avec de la glace sur la tête, de frictions de belladone sur la gorge et d'un suppositoire de 3 grains d'opium, n'eut aucun effet. L'agitation augmenta jusqu'à la violence et au délire, et le malade mourut quatre heures après que je l'eus vu pour la première fois.

A l'autopsie, la seule lésion que l'on trouva fut une congestion du cerveau, dont la substance était plus molle qu'à l'ordinaire. Le larynx, la trachée et tous les autres organes n'offrirent aucune trace d'inflammation ni de lésion appréciable.

—

OBSERVATION

D'une sonde de femme tombée accidentellement dans la vessie;

Par Jonathan Toogood.

On comprendrait difficilement l'observation suivante, si l'auteur lui-même ne nous avertissait qu'il ne s'agit pas d'une de nos sondes de femme ordinaires, mais d'une sonde plus petite, recommandée par M. Jewel en Angleterre, et probablement dépourvue d'anneaux à son pavillon.

Obs. — Dans le cours de l'année dernière, je fus appelé en consultation par un de mes amis près d'une dame, dans la vessie de laquelle on avait laissé échapper une sonde d'argent. La malade avait eu quelques semaines auparavant un accouchement laborieux, par suite duquel la vessie paralysée exigeait qu'on répétât le cathétérisme dans la nuit et le matin. Quelques heures avant ma visite, l'aide chirurgien essayant d'évacuer l'urine et éprouvant quelque difficulté, avait exercé sur la sonde une pression plus forte que de coutume, et l'instrument avait pénétré tout entier dans la vessie. Il avait essayé immédiatement de le retirer avec des pinces à pansement, mais il n'avait pu y réussir.

Je résolus d'attendre que la vessie fût remplie de nouveau d'urine; alors j'introduisis une sonde plus longue et j'essayai de découvrir la position de la première; mais en vain, et les essais furent réitérés plusieurs fois sans pouvoir la rencontrer.

J'essayai alors le procédé suivant : une tente d'éponge, un peu plus longue que la sonde de femme ordinaire, et du diamètre du petit doigt, fut introduite dans la vessie sans difficulté ni douleur, et laissée en place durant huit à dix heures, durant lesquelles l'urine passait librement au travers. Après ce temps on la retira, et le doigt indicateur gauche fut aisément introduit dans la vessie. La sonde fut trouvée couchée en travers, appuyant par un bout contre le pubis, engagée par l'autre dans les plis de la partie postérieure de la vessie. Il fut extrêmement difficile de la ramener dans l'urètre : on y parvint toutefois en introduisant l'indicateur de la main droite dans le vagin, et en repoussant la vessie en arrière et en haut, ce qui ramena le bout antérieur de la sonde à la portée de l'autre doigt, et ensuite dans l'urètre d'où elle fut alors extraite aisément avec des pinces à pansement. Tout cela s'exécuta sans beaucoup de douleur et sans que la malade ou ses parens se fussent aperçus de ce qui était arrivé. L'instrument, qui était une sonde courte et polie, telle que les recommande M. Jewel, était resté quinze jours dans la vessie, et n'y avait produit qu'une fort légère irritation.

C'est là, ajoute l'auteur, un accident très-rare, et en réfléchissant sur les sondes communément usitées, et le peu de garantie qu'offre leur construction à cet égard, on est seulement surpris qu'il n'arrive pas plus fréquemment. M. Abernethy a coutume de rapporter dans ses cours un cas de ce genre, dans lequel la sonde ne put être extraite. Long-temps après, un abcès se forma sur le côté; il fut ouvert et suppura durant quelques jours, lorsqu'en y introduisant un stylet, on sentit une substance dure, qui fut extraite avec des pinces ordinaires et qui n'était autre que la sonde perdue dans la vessie.

Sir A. Cooper a eu récemment l'obligeance de me faire voir le dessin d'un calcul formé sur une sonde tombée dans la vessie, et qu'il en avait retirée il y a quelques années à l'hôpital de Guy, par l'opération ordinaire. C'est à ce chirurgien que je dois l'idée du procédé qui m'a si bien réussi dans ce cas.

—

INFIRMERIE ROYALE DE GLASGOW.

DÉVELOPPEMENT CHRONIQUE DU CLITORIS ET DES NYMPHES, TRAITÉ PAR L'AMPUTATION DE CES ORGANES.

Les faits suivans, qui nous ont paru dignes d'attention, sont extraits du *Clinical reports* du docteur Macfarlane.

Obs. I. — Mistriss M..., âgée de 25 ans, fut admise le 21 janvier 1832. Le clitoris formait une large tumeur pendante et pyriforme; dont le pédicule avait la grosseur du pouce, et pouvait être suivi dans cet état de développement extraordinaire à plus d'un pouce au-dessous des pubis. Les nymphes étaient aussi considérablement alongées, épaissies, et offrant l'apparence de végétations; et comme le clitoris, elles étaient recouvertes d'un épiderme mince, lisse et de couleur pâle. La maladie datait de deux ans et demi, et était survenue deux mois après l'apparition d'un ulcère vénérien sur la nymphe droite qui avait été guéri par le mercure.

L'histoire, les progrès et l'aspect des tumeurs indiquaient une nature bénigne; en conséquence elles furent amputées le 23. Le clitoris et les nymphes furent attirés en dehors aussi loin que possible des pubis; les grandes lèvres tenues écartées par un aide;

et on sépara les tumeurs tout-à-fait à leur base. La malade parut ressentir durant cette opération une douleur excessive. Trois vaisseaux furent liés, la plaie couverte avec de la charpie et un bandage en T; des bourgeons charnus s'en élevèrent et la cicatrice suivit de près.

En disséquant les parties enlevées, on trouva au lieu de leur texture naturelle, lâche et spongieuse, un tissu ferme et compacte, mais sans autre altération morbide.

Quand le clitoris et les nymphes s'alongent assez pour dépasser les grandes lèvres, l'auteur observe qu'ils perdent à la fois leur aspect naturel et leur sensibilité primitive, et qu'ils se recouvrent d'un épiderme fin et opaque. Ce n'est pas, comme on pourrait le penser, l'effet d'ulcérations recouvertes par une cicatrice, quoique des ulcérations superficielles ne soient pas rares sur les tumeurs de ce genre; c'est l'exposition à l'air et l'absence du mucus qui les lubréfiait qui amènent peu à peu leur muqueuse à se recouvrir d'une couche épidermique.

Dans l'observation suivante, la persistance longtemps prolongée des fleurs blanches et l'absence des soins de propreté avaient déterminé des excoriations, une inflammation chronique s'était emparée des nymphes et du clitoris. Ces parties, lentement tuméfiées dépassaient les grandes lèvres, et après s'être accrues durant sept années, elles étaient arrivées à pendre jusqu'à près du milieu des cuisses.

Obs. II. — Mistriss P., âgée de 46 ans, entrée à l'hôpital le 14 février 1827. Le clitoris qui s'était lentement accru depuis environ sept ans, avait près de huit pouces de long et offrait une figure pyriforme. Le pédicule était mou, aussi gros que le poignet, et traversé par des veines variqueuses; tandis que la portion la plus déclive de la tumeur était dure, nodulée, et égalait hardiment le volume des deux poings réunis. Les nymphes pendaient de chaque côté du pédicule dans l'étendue de deux pouces et demi; leur surface était irrégulière, recouverte d'un épiderme blanc et mince; et elles paraissaient charnues au toucher. La face interne des grandes lèvres était couverte de petits tubercules, gros chacun comme la moitié d'un pois, et qui s'apercevaient immédiatement sous la muqueuse.

Le 20, les parties malades furent amputées; il y eut une abondante hémorrhagie, mais qu'on arrêta par l'application de quatre ligatures; une sonde fut placée à demeure dans la vessie durant plusieurs jours. Quand la plaie commença à se recouvrir de bourgeons charnus, l'urine fut évacuée chaque jour; par ce moyen, la guérison fut accélérée et la complète cicatrisation effectuée en trois semaines. J'ai vu récemment cette femme et je me suis assuré qu'elle jouit d'une bonne santé, et qu'il n'y a aucun indice du retour de la maladie.

Les parties malades étaient d'un tissu fibreux solide; et les nodules qui causaient l'irrégularité de la partie inférieure du clitoris étaient situés immédiatement au-dessous de l'enveloppe tégumenteuse, et semblaient être jusqu'à un certain point distincts de la tumeur générale.

Le clitoris de la femme, comme le pénis de l'homme, peut être affecté de cancer. Quand les racines de cet organe sont tuméfiées, indurées, irrégulières, douloureuses, on peut demeurer convaincu que la maladie s'étend au-delà de la portée du bistouri, surtout quand la portion pendante de la tumeur présente les caractères du cancer. J'ai assisté, dit M. Macfarlane, il y a plusieurs années, à une opération d'extirpation du clitoris cancéreux. Dans ce cas, les nymphes n'étaient point affectées. La malade fut placée comme pour l'opération de la taille, et on essaya d'enlever les racines malades du clitoris. Après une dissection douloureuse et prolongée, durant laquelle la malade perdit environ une livre de sang, il fut impossible d'arriver aux limites du mal. En peu de semaines, une petite tumeur fongueuse commença à se montrer immédiatement au-dessus du méat urinaire; elle s'accrut graduellement, occasionant des douleurs aiguës et des pertes abondantes de sang, et enfin la malade succomba.

Nous devons reconnaître cependant que, dans un gonflement simple et bénin du clitoris, ses racines peuvent aussi être affectées; mais ceci n'est point un obstacle à l'amputation. En effet, ces racines étant séparées de la tumeur et laissées en place, elles s'atrophient en peu de temps, et finissent par disparaître.

GAZETTE DU 26

CORRESPONDANCE MEDICALE.

NOTE

Sur une épidémie de varicelle développée sous l'influence de la vaccination;

Par M. le docteur Bechet, médecin à Nancy.

A Fragny, près de Pont-à-Mousson, s'étaient manifestés depuis quinze jours quelques cas de varicelle bénigne comme toute les varicelles du monde, quand des vaccinations furent pratiquées, les 2 et 9 juin, sur vingt-un enfans de trois mois à deux ans, jouissant tous d'une bonne santé.

Chez vingt de ces enfans, huit ou dix jours après l'inoculation, une fièvre éruptive s'est déclarée, semblable pour l'aspect à la varicelle et d'une durée plus longue dans quelques cas, mais s'en éloignant beaucoup dans les autres, ainsi que vous en jugerez.

C'étaient des pustules, miliaires à l'origine, apparaissant au cou, au visage, à la poitrine et sur le reste du corps. Elles étaient dures au toucher et ne tardaient pas à augmenter de volume et à s'entourer d'une auréole rosée plus élevée que la surface de la peau : bientôt elles se remplissaient d'un liquide séro-purulent, puis de pus, et persistaient en se desséchant, jusqu'au moment de la desquamation qui arrivait dans l'ordre d'apparition et seulement du dixième au quinzième jour. L'éruption était précédée et accompagnée de fièvre assez intense chez plusieurs

malades pour inspirer des craintes sérieuses. Elle n'était pas confluente et se distinguait de celle de la variole par le manque de dépression au centre des boutons.

Pendant ce temps, l'éruption primitive de varicelle suivait sa marche accoutumée chez les enfans non vaccinés, les rendant à peine malades et se terminant dans l'espace de six à dix jours.

On n'a pas observé un seul cas de variole et l'épidémie paraît terminée en ce moment.

Chez quelques enfans la vaccine a été sensiblement modifiée. Elle consistait en boutons plus étendus en surface, à bords irréguliers, comme déchirés, et contenant un liquide trouble : chez d'autres elle a conservé son type normal.

On peut, ce me semble, tirer de ces faits les conséquences suivantes :

1° Le vaccin était de bonne nature : on n'en peut douter puisque des boutons de vaccine louable ont été retrouvés sur la plupart des enfans.

2° La maladie observée n'était pas une variole modifiée par l'inoculation du vaccin, car on ne peut supposer que les vingt enfans vaccinés aient été prédestinés à subir cette affection, tandis qu'il ne s'en est pas présenté un seul cas chez d'autres individus pendant la durée de l'épidémie.

3° Si l'on considère qu'il existait plusieurs varicelles avant l'époque de la vaccination, que depuis il s'en est manifesté quelques autres cas, que l'éruption a paru chez les vaccinés à l'époque où se déclare le mouvement fébrile habituel, on sera porté à penser que le vaccin a été la cause déterminante de son invasion chez des individus soumis à une influence épidémique, et qu'il lui a imprimé une fâcheuse modification.

4° Les localités, les conditions hygiéniques existantes, autres que la température élevée qui régnait à cette époque, n'ayant pu rendre raison des phénomènes observés, il me semble rationnel d'attribuer à cette température insolite une part plus ou moins grande dans la production d'un fait peu commun, si déjà il a été observé.

5° Chaque fois qu'une épidémie de varicelle existera en même temps qu'une température chaude et sèche, il sera prudent de suspendre les vaccinations; ce précepte deviendrait une obligation si de nouveaux faits venaient lui prêter leur appui.

Je pense aussi que, dans une localité où régnerait la variole, il serait dangereux de vacciner un enfant débile, maladif, placé dans des conditions défavorables pour résister à cette maladie.

Quant à expliquer la manière dont la vaccine modifie une fièvre éruptive ou se trouve modifiée par elle, je ne sais.

—

REMARQUES SUR LA THÉORIE ET LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE SCARLATINE, avec quelques Notes sur les formes qu'a présentées cette maladie à Bridlington où elle a régné épidémiquement en 1832; par H. SANDWITH, chirurgien.

Des maladies épidémiques, comparées avec celles qui ne règnent que sous forme sporadique, offrent des différences si tranchées qu'elles doivent faire l'objet d'une étude à part, étude qui est trop négligée de nos jours et dont l'utilité même est contestée par des pathologistes qui prétendent rapporter tous les phénomènes morbides à un petit nombre de formes qui, d'après eux, se présenteraient toujours les mêmes ou avec un bien petit nombre de variétés. Parmi les affections épidémiques, la scarlatine est une de celles qui offrent les formes les plus différentes et donnent un démenti à cette espèce de simplicité que l'on voudrait retrouver dans toute la pathologie; c'est aussi l'une de celles qui doivent être étudiées avec le plus de soin, car si quelquefois elle paraît moins grave que la piqûre d'une mouche, d'autres fois elle n'est pas moins funeste que la peste. C'est ainsi que Sydenham, qui probablement n'avait observé que des épidémies de scarlatine sans gravité, a pu dire : « Simplici hæc et naturali planè methodo, » hoc morbi nomen (vide enim altius assurget) sine » molestis aut periculà quam facillimè obigitur»; et que dans d'autres occasions on a vu succomber un nombre considérable de ceux qui en étaient attaqués. Ceux qui aiment ces sortes de recherches en trouveront de toute faites sur ce point dans le travail qui donne lieu aux réflexions que nous venons de présenter. Quant à nous, nous allons nous borner à analyser ce qu'il y a d'original dans ce mémoire, c'est-à-dire ce qui a rapport aux formes qu'a présentées la scarlatine dans cette épidémie et aux médications qui ont eu du succès.

Première variété. Dans le plus grand nombre des cas, les accidens fébriles étaient très-développés, accompagnés de plus ou moins de délire, et d'une forte inflammation de la gorge. Il y avait une grande irrégularité dans le développement de la chaleur animale, et la période pendant laquelle on emploie avec tant de succès les bains froids était bientôt écoulée; mais ils purent être remplacés pendant tout le cours de la maladie par des lotions tièdes. La gorge offrit constamment des ulcères et même des plaques gangréneuses et surtout dans les cas où la déplétion locale avait été poussée trop loin et avait formé tout le traitement. Dans les cas négligés de cette espèce l'extension de l'inflammation de la muqueuse de la gorge au conduit excréteur de la parotide et de la glande salivaire détermina une tuméfaction considérable de ces glandes et du tissu cellulaire voisin, avec les effets mécaniques de l'obstacle au retour du sang du cerveau. L'état adynamique, accompagné de délire, mettait un terme tantôt rapide, tantôt lent aux souffrances des malades. Dans quelques cas, l'inflammation gagnait le larynx et les bronches : dans un petit nombre de cas les symptômes n'offrent presque aucune gravité.

Dans la *deuxième variété*, qui mérite une attention toute spéciale, car on ne la rencontre pas dans toutes les épidémies de scarlatine, l'inflammation s'étendait dans l'œsophage et l'estomac; il augmentait considérablement le danger par l'importance des parties nouvellement compromises, par la disparution de l'éruption, par l'impossibilité qui en résultait

d'administrer des purgatifs, et enfin par l'irritation du système nerveux. Dans quelques cas, tout le conduit alimentaire semblait participer à l'affection des portions supérieures.

Troisième variété. Dans beaucoup de cas le délire aigu ou le coma débutait dès le commencement ou après un petit nombre de jours, pendant lesquels la maladie avait semblé sans gravité. Dans le premier cas il y avait une excitation violente, le malade chantait et criait tour-à-tour jusqu'à ce que les signes de l'oppression prissent la place de cette exaltation. Dans le second, il y avait peu d'heures après l'attaque des évacuations intestinales involontaires, la peau était moins chaude et l'éruption d'une couleur plus foncée. Dans ces deux ordres de cas la vie s'éteignait dans trois ou au plus quatre jours après l'apparition des premiers symptômes cérébraux. Quelquefois il y avait dès le commencement des soubresauts dans les tendons.

Quatrième variété. Dans un nombre de cas plus grand que ceux de la troisième variété, il survenait une inflammation des bronches avec appréciation et quelquefois mat très-rapide, dans cette forme de la maladie l'éruption disparaissait constamment ou au moins pâlissait ou prenait une nuance cuivrée, l'état adynamique était aussitôt très-prononcé.

Parmi les suites de la maladie nous trouvons d'abord l'hydropisie générale qui paraît n'avoir été observée que dans un petit nombre de cas, et pendant la convalescence on observa souvent des abcès au col remarquables par leur longue durée.

Dans la première variété les succès furent encouragés, cependant l'auteur pense qu'ils auraient pu être plus nombreux, s'il eût usé plus fréquemment de la saignée générale. Mais dans la troisième et la quatrième la mortalité fut très-grande et frappa de préférence les individus les plus jeunes et les plus délicats; elle fut en général de un sur six.

L'auteur rapporte quatre observations des différentes variétés recueillies dans sa famille et deux autopsies sans détails importans et même demandant pardon à ses lecteurs de consacrer vingt lignes de son travail à cette partie importante de la science.

Dans les circonstances ordinaires les purgatifs et les saignées appliqués le plus près possible du siége de l'inflammation avec les accessoires du traitement antiphlogistique suffisaient pour diriger la maladie vers une bonne terminaison; mais dans la troisième et la quatrième variété et même dans quelques cas de la première et de la seconde, ces moyens ne suffisaient plus; dans quelques-uns la saignée générale était employée avec beaucoup d'avantage; dans d'autres, au contraire, les excitans étaient indiqués, l'ammoniaque à faibles doses, la solution de chlore; les acides végétaux avaient quelquefois été utiles, mais il ne donne pas assez de détails pour que l'on puisse tirer des indications thérapeutiques générales.

—

ÉPIDÉMIES.

—

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA GRIPPE QUI A RÉGNÉ A GENÈVE EN 1831;

PAR LE DOCTEUR H. C. LOMBARD.

La grippe envahit Genève vers la fin de juillet, atteignit son plus haut point d'intensité au mois d'août et diminua successivement jusqu'à la fin de septembre, époque où l'on n'observait plus que quelques cas isolés. Pendant ces deux ou trois mois le nombre des personnes atteintes fut considérable; il doit avoir dépassé deux ou trois mille; c'est-à-dire un dixième ou un douzième de la population; proportion bien inférieure à celle observée dans d'autres épidémies. A cette époque de l'année, l'intensité des chaleurs et la fixité de la température semblaient peu propres aux développemens d'une épidémie catarrhale, et cependant c'est sous l'influence de pareilles circonstances qu'une portion notable de la population fut atteinte des symptômes de coryza et de bronchite, qui sont ordinairement le résultat d'une température froide, humide et variable.

L'époque du développement des épidémies précédentes à Genève ne fut point la même. En 1803, la grippe commença à régner en février dans les communes environnantes et en mars dans l'intérieur de la ville. En 1820, le mois de mars fut aussi l'époque de son apparition et de sa plus grande diffusion. Dans ces deux cas l'état de l'atmosphère pouvait expliquer la formation d'un état catarrhal aussi généralement répandu. Mais en 1831, l'apparition de la grippe ne fut point liée aux phénomènes atmosphériques, mais parut plutôt l'être à une cause spécifique indépendante. Nous ne savons rien sur la nature intime de cette cause spécifique, non plus que sur celle de la plupart des maladies épidémiques; mais, s'il est difficile d'arriver à cette connaissance, il ne l'est pas autant de déterminer les circonstances de son développement, et par conséquent de fournir des matériaux aux observateurs futurs qui pourront peut-être en déduire une étiologie plus satisfaisante.

L'une des circonstances les moins connues des épidémies de grippe est celle des phénomènes précurseurs; peu d'observateurs les ont signalés, probablement à cause du peu d'importance qu'ils attachaient à la grippe elle-même; peut-être aussi parce que leurs caractères n'offraient rien de bien tranché. Néanmoins il est peu probable que les circonstances dont nous allons parler soient particulières aux épidémies de Genève, puisqu'elles se sont déjà représentées deux fois à l'observation et dans les deux cas avec une grande uniformité de symptômes.

Quelques semaines avant l'apparition de la grippe, en 1831, un grand nombre de personnes se plaignirent de douleurs aiguës qui, chez quelques-unes, prirent l'aspect du tic douloureux, de névralgies thoraciques, abdominales ou des membres; chez

d'autres, atteintes de goutte ou de rhumatisme, l'on observa une notable exacerbation de leurs maux habituels; d'autres furent atteintes de céphalalgies périodiques ou irrégulières; enfin plusieurs eurent des congestions cérébrales avec hémiplégie. La fréquence de ces affections cérébrales et nerveuses avait été précédemment remarquée par plusieurs praticiens, et en particulier par le docteur Jean Peschier (1), qui en avait fait l'objet d'un mémoire relatif à la grippe de 1820. Il s'était attaché à prouver que l'influence épidémique avait porté sur le système nerveux et en particulier sur la cinquième paire, et il avait appuyé cette opinion du détail de plusieurs cas qui s'étaient présentés à son observation peu de temps avant l'apparition de la grippe. Je pourrais ajouter encore d'autres témoignages à celui qui précède et signaler le grand nombre de névralgies faciales et d'hémiplégies qui furent observées à Genève peu de semaines avant la grippe de 1831 et qui furent non moins remarquables par leur fréquence que par leur facile guérison. De l'ensemble de ces observations l'on est autorisé à conclure que la grippe est souvent précédée par une constitution épidémique éminemment nerveuse, dont les caractères principaux sont de porter le trouble dans les fonctions du cerveau et des nerfs encéphaliques, et d'augmenter la disposition aux douleurs goutteuses, rhumatismales et surtout à celles qui affectent le type intermittent (2).

L'histoire des symptômes de la grippe de 1831 présente quelques particularités qui me paraissent dignes d'être notées; les principales portent sur leur durée, sur leur fixité et sur leurs caractères spécifiques. Quant à la durée des symptômes, ou plutôt de la maladie elle-même, elle a été très-variable. Dans les premières semaines de l'épidémie, ils disparaissaient complètement au bout de quatre à six jours, tandis que vers son déclin, lorsqu'on ne rencontrait plus qu'un petit nombre de cas isolés, les symptômes ne se dissipaient jamais complètement, et la durée de la maladie se prolongeait au-delà de plusieurs semaines. Cette remarque s'applique surtout à la toux et à la faiblesse musculaire, qui ont souvent persisté quand tous les autres caractères avaient disparu.

La grippe de 1831 a offert un autre signe non moins tranché dans la fixité de ses symptômes; presque tous les malades ont présenté à cet égard une telle uniformité que les distinctions d'âge, de sexe et de constitution paraissaient presque complètement effacées; chez tous, même fréquence du pouls, même état de la peau, même nature de la céphalalgie, même toux bruyante. Il est vrai que cet état de chose fut de courte durée : dès que la première violence de l'épidémie eut diminué, les distinctions ordinaires reparurent, et avec elles les aspects très-variés de la maladie, conservant cependant encore quelques traits communs.

Les caractères spécifiques de la grippe de 1831 sont à peu près ceux de toutes les épidémies semblables; néanmoins leur énumération peut nous fournir quelques remarques comparatives. La céphalalgie se montra chez tous les malades; chez la plupart elle occupait le front et la racine du nez; chez quelques-uns elle fut accompagnée de sensibilité des tégumens du crâne, de la face et du cou; d'autres ressentirent à la tête des douleurs si aiguës qu'elles leur arrachaient des cris continuels; la plupart ne pouvaient faire un mouvement sans souffrir beaucoup. Le larmoiement et le coryza affectaient tous les malades; presque tous éprouvaient la sensation d'un liquide âcre et brûlant dans les yeux et les narines; plusieurs présentaient un léger degré d'ophthalmie. La langue était blanche dans le plus grand nombre des cas et nette dans quelques-uns seulement. La plupart avait la déglutition difficile, quoique la tuméfaction des amygdales se rencontrât rarement. Presque tous se plaignaient d'une chaleur brûlante dans la trachée-artère et d'une constriction du larynx qui rendait la respiration difficile. Des douleurs vagues occupaient la poitrine et les membres. La toux avait un caractère bruyant tout particulier; elle n'était pas complètement sèche, mais l'expectoration était en général laborieuse. Enfin, les symptômes les plus constans furent la fréquence du pouls et la chaleur de la peau. Le pouls, dans la presque totalité des cas, était plein et sans dureté; il battait *cent pulsations* par minute, quels que fussent l'âge, le sexe et les forces du malade. Cette fixité du pouls était surtout remarquable dans les premiers temps de l'épidémie; plus tard elle se modifia avec les autres symptômes. Le docteur Gray, qui a donné l'histoire de la grippe en 1782 (3), avait déjà noté que chez la plupart des malades le pouls battait cent pulsations par minute. Dans d'autres épidémies l'on a remarqué de grandes variations dans la fréquence du pouls, des intermittences et des irrégularités que la grippe de Genève n'a point présentées. L'état de la peau n'était pas moins remarquable que celui du pouls; tous les malades avaient la peau chaude et trempée d'une sueur abondante qui persistait pendant plusieurs jours sans augmentation ni diminution. Cette constance de la transpiration cutanée avait fait nommer à Londres la grippe de 1782, la *maladie aux sueurs*.

Les symptômes que nous venons de passer en revue ont été les seuls qui se soient présentés dans tous les cas; d'autres, en plus grand nombre, ont paru chez quelques malades seulement, et le plus souvent comme signe d'une complication de l'épidémie. Le siége le plus ordinaire de ces symptômes accidentels a été la poitrine, qui a souvent présenté des signes non équivoques de phlegmasie membraneuse ou parenchymateuse; mais ces affections cédaient ordi-

(1) Mémoire inédit, lu à la société médico-chirurgicale, en mai 1820.

(2) Cette observation a été faite au début et pendant le cours de la dernière épidémie de grippe qui a régné à Paris. (V. GAZETTE MÉDICALE, nos 45, 46 et 48 de cette année.

(3) *Medical communications*, t. I, p. 20 Cette histoire de la grippe est le résumé des observations faites en Angleterre par un grand nombre de médecins correspondans de la Société médicale de Londres.

nairement aux moyens thérapeutiques conseillés dans les cas ordinaires d'inflammation thoracique. L'abdomen a été quelquefois le siége de douleurs très-aiguës, mais dont la gravité n'était pas en rapport avec leur intensité. Il en était de même des symptômes cérébraux et nerveux dont nous avons parlé précédemment. En général, les complications n'ont entraîné la mort que d'un très-petit nombre de malades, et pour ma part j'ai été assez heureux pour n'avoir à déplorer la perte d'aucune des personnes qui, atteintes de la grippe, simple ou compliquée, ont réclamé mes soins pendant l'épidémie de 1831. Une telle innocuité n'a point signalé les épidémies de 1782, 1803, 1820 et 1833; elles ont au contraire causé un assez grand nombre de décès soit à Genève, soit dans le reste de l'Europe.

Le traitement de la grippe a présenté la même uniformité que les symptômes dans les premières semaines de l'épidémie; plus tard il fut nécessaire d'y introduire des modifications adaptées aux diverses formes de la maladie. Le traitement qui m'a le plus généralement réussi, ainsi qu'à la plupart de mes collègues, est l'administration de l'émétique. Tel a été l'avantage de cette méthode que les malades se regardaient comme guéris le lendemain de son emploi. Chez presque tous le pouls tombait immédiatement de 100 à 70 ou 80. La céphalalgie disparaissait comme par enchantement quelle que fût son intensité; la peau se couvrait d'une sueur abondante, et au bout de quelques heures disparaissaient avec elle l'angoisse et les douleurs des membres. Telle était la brièveté de la maladie qu'il m'était le plus souvent impossible d'en tracer l'historique; néanmoins dans *vingt-huit* cas dont j'ai conservé la note, *vingt-six* ont été promptement guéris ou soulagés par l'émétique; *deux* seulement n'en ont éprouvé aucun effet avantageux, mais il faut ajouter que l'un était celui d'une femme atteinte depuis plusieurs mois d'une maladie du foie, en sorte que l'émétique ne put produire, au lieu de vomissemens, que des selles abondantes et qu'on ne peut par conséquent compter ce fait comme un insuccès. L'autre malade était une femme de 68 ans, qui avait depuis plusieurs jours une toux très-fréquente avec enrouement; langue blanche, anorexie, céphalalgie et sueurs. Le vomitif ne diminua point les symptômes et parut même les augmenter. Le lendemain du jour où il fut administré, le pouls monta à 120; la peau était chaude et sèche; la langue blanche et humide; la toux très-fréquente. Cette aggravation momentanée céda promptement à quelques opiacés. Quelle qu'avait pu être l'époque de l'administration de l'émétique, son action n'en restait pas moins avantageuse. Sur *vingt-trois* malades auxquels il fut administré au début, *quatorze* furent guéris dès le lendemain ou le sur lendemain, *huit* furent notablement soulagés et *un* seul (malade du foie) n'en éprouva aucun effet avantageux. Sur *cinq* personnes qui prirent l'émétique sept à huit jours après le commencement de la grippe, *quatre* furent guéries dès le lendemain ou le surlendemain. Chez *une* seule (voy. plus haut), cette médication ne fut suivie d'aucune amélioration. Ce résultat peut servir à montrer que si le vomitif a guéri un grand nombre de malades, son action bienfaisante ne peut être expliquée par le peu de durée probable de la maladie, puisque son emploi n'a pas été moins avantageux chez les personnes qui continuaient à souffrir depuis sept à huit jours, que chez celles dont la maladie était encore au début. Les avantages de l'émétique ont été déjà notés par plusieurs observateurs. Le docteur Pechier en fait mention dans le mémoire déjà cité; le docteur Gray énonce la même opinion, se fondant sur les observations des docteurs Cleghorn de Dublin, Flint de Saint-André, Macqueen de Yarmouth, Henry de Manchester, Houlston de Liverpool et Newell de Colchester, à l'occasion de l'épidémie de 1782 (1).

Au reste, il ne sera pas inutile de transcrire quelques-uns des cas où l'émétique a été administré pour faire juger du résultat ordinaire de cette méthode de traitement.

Obs. I. — M. Q***, âgé de 30 ans, a été pris il y a deux jours de céphalalgie intense avec angoisse générale. Le troisième jour, la peau est chaude, humide; le pouls à 100; les membres sont douloureux; la toux est rauque, bruyante, fréquente. Il y a beaucoup d'oppression et de gêne dans la respiration. (Prenez : Tartre émétique, 3 grains; sucre, 1 gros. Mêlez et divisez en 3 poudres, à prendre de 5 minutes en 5 minutes.)

Le lendemain, le malade est incomparablement mieux. Il se dit guéri, est levé; la peau est naturelle; le pouls à 80; la langue un peu blanche. Il n'a plus ni céphalalgie, ni oppression, ni douleurs dans les membres.

Le surlendemain, il ne reste plus qu'un coryza assez intense.

Obs. II. — Madame D***, âgée de 54 ans. Depuis hier, céphalalgie intense, surtout à la racine du nez et au front; sensibilité des tégumens du cou et du cuir chevelu; pouls à 100, très-plein; peau chaude et humide; peu de toux. (Prenez 3 grains d'émétique et 1 gros de sucre, à diviser en 3 poudres.)

Le lendemain, se trouve presque bien; pouls à 80; peau naturelle; fort peu de céphalalgie; s'est sentie soulagée immédiatement après les vomissemens, qui ont été très-abondans.

Obs. III. — Madame P***. Céphalalgie intense; douleurs dans les membres; anxiété générale; peau chaude et moite; pouls à 100; langue blanche; voix rauque; toux peu fréquente; abdomen mou et indolent. (Prenez : Tartre stibié, 1 grain toutes les 5 minutes, jusqu'à ce que le vomissement ait été amené.)

Le lendemain, se sent beaucoup mieux à tous égards; a vomi quelques caillots de sang; pouls 84; langue blanche; est un peu abattue.

Obs. IV. — M. P***. Après exposition au froid, céphalalgie très-intense. Le lendemain, la céphalalgie continue; la voix est rauque; la toux fréquente; l'expectoration difficile; sueurs abondantes; langue nette; pouls à 100; angoisse extrême; sensation

(1) Medical Communications, t. I, p. 35 et 36.

comme d'une barre au travers de la poitrine. (Prenez : Tartre stibié, 3 grains; sucre, 1 gros. Mêlez et divisez en 3 doses.)

Le lendemain, a beaucoup vomi par le moyen de l'émétique, qui a procuré en outre plusieurs évacuations alvines; la peau n'est plus couverte de sueur; le pouls bat de 68 à 72 pulsations; n'a plus ni angoisse ni céphalalgie.

Obs. V. — Madame M***, âgée de 39 ans. Depuis trois jours, céphalalgie; pouls fréquent, battant 100 fois par minute; peau chaude; sueurs abondantes; oppression; toux fréquente; expectoration difficile. (Prenez : Tartre émétique, 1 grain; poudre d'ipécacuanha, 1 scrupule, en 2 doses.)

Le lendemain, une seule poudre a suffi pour amener d'abondans vomissemens; se sent mieux qu'hier, mais éprouve encore de la gêne dans la respiration; pouls à 100; peau chaude; encore un peu de céphalalgie. (Prendre la seconde poudre.)

Le surlendemain, se sent tout-à-fait soulagée; a beaucoup vomi; langue un peu blanche; pouls à 80; n'accuse plus aucune douleur; n'a plus ni toux, ni oppression, ni mal de tête; se sent seulement un peu faible.

Obs. VI. — Madame B***, âgée de 28 ans. Depuis trois jours, céphalalgie intense; beaucoup d'angoisse; toux fréquente, sèche; peau chaude, couverte de sueur; pouls à 100; face pâle; langue nette; selles régulières. (Prenez : Poudre d'ipécacuanha, 1 scrupule; tartre émétique, 1 grain. Mêlez et divisez en deux doses.)

Le lendemain, n'a plus de céphalalgie; le pouls est redevenu naturel; la peau n'est plus couverte de sueur; moins de toux et d'oppression; expectoration facile; en un mot, cessation de presque tous les symptômes qui la veille paraissaient si violens.

Les observations qui précèdent doivent laisser peu de doutes sur l'utilité de l'émétique pour dissiper la plupart des symptômes de la grippe. Nous les avons vus disparaître chez toutes les personnes soumises à cette médication; en sorte que dès le lendemain, comme par enchantement, elles étaient guéries et passaient en quelques heures d'un état d'angoisse presque intolérable à un bien-être satisfaisant.

Dans l'un de ces cas, l'administration de l'émétique n'ayant point soulagé le premier jour, la répétition du même moyen le lendemain fut suivie du plus heureux résultat.

Chez quelques autres malades, l'emploi du vomitif ayant simplement enrayé la maladie, elle a suivi son cours, quoique avec beaucoup moins d'intensité. Les trois observations qui suivent serviront encore à apprécier l'influence de cette médication.

Obs. VII. — Madame H***, âgée de 32 ans. Depuis deux jours, après exposition au froid, douleur à l'isthme du gosier; toux et expectoration difficiles; céphalalgie des plus intenses, avec battemens dans les tempes et le front; peau chaude; sueurs pendant la nuit seulement; pouls à 100; anxiété et angoisse continuelles. (Saignée de 12 onces.)

Le second jour, avait été bien soulagée par la saignée; mais la céphalalgie et l'angoisse ont reparu le matin; anorexie; bouche amère; langue blanche; peau chaude; somnolence; toux bruyante comme hier; pouls à 90; peau chaude. (Prenez : Tartre émétique, 3 grains; sucre, 1 gros, en 3 doses.)

Le troisième jour, vomissemens très-abondans. Depuis lors, point de céphalalgie; langue un peu blanche; se sent beaucoup mieux; a pu se lever; pouls naturel; un peu de toux avec expectoration facile. (Prenez : Élixir parégorique, 1 gros; eau gommée, 5 onces; sirop d'althea et sirop d'ipécacuanha, de chaque, 1 demi-once, à prendre par cuillerées à soupe toutes les 3 heures.)

Le quatrième jour, le mieux continue; mais il y a toujours un peu de toux. (Continuer la potion.)

Le cinquième jour, l'amélioration fait des progrès rapides; mais il reste toujours une toux peu fatigante.

Obs. VIII. — M. A. B***, âgé de 42 ans, homme fort et robuste. Après exposition au froid, il y a quatre jours, angoisse hier et avant-hier. Aujourd'hui, céphalalgie très-intense presque intolérable; toux très-pénible, rauque, avec expectoration facile; sueurs abondantes; anxiété générale; pouls à 100, assez développé; langue blanche. (Prenez 4 grains d'émétique avec 4 scrupules de sucre, divisés en 2 doses.)

Le second jour, n'a pris qu'une poudre, qui a procuré d'abondans vomissemens et une selle copieuse. Ce matin, la céphalalgie est complètement dissipée; la toux est plus facile; l'expectoration peu abondante; le pouls à 80; la langue un peu blanche; se sent très-bien. (Prenez : Kermès, 3 grains; sirop d'althea, 1 once; eau gommée, 5 onces. Une cuillerée à soupe toutes les 3 heures.)

Le troisième jour, la céphalalgie a un peu reparu avec la toux, l'oppression et les sueurs; le pouls est à 80; la langue est très-blanche; l'expectoration muqueuse, jaunâtre. (Deux onces de manne, 1 demi-once de sulfate de magnésie et 1 quart d'once de séné. Faire infuser dans 6 onces d'eau. A prendre demain matin.)

Le cinquième jour, plusieurs évacuations par le purgatif administré hier matin; pouls naturel (60); face pâle; se sent faible, mais n'accuse aucune douleur; encore un peu de toux; sueurs par intervalles.

Obs. IX. — Mademoiselle R***, âgée de 30 ans. Depuis trois jours, douleurs dans les membres; chaleur à la peau; céphalalgie; toux rauque; pouls fréquent. (Prenez : Tartre émétique, 3 grains en 3 doses, à prendre ce soir. Élixir parégorique, 1 gros; eau gommée, 5 onces; sirop d'althea, 1 once, à prendre par cuillerées à soupe toutes les 3 heures.)

Le second jour, amélioration notable à la suite du vomitif; point de fièvre; peu de toux; les sueurs continuent par intervalles. (Continuer la potion.)

Le troisième jour, le pouls est redevenu fréquent (100) et assez plein; la toux revient par accès; la céphalalgie a aussi reparu; la peau est chaude et humide. (Saignée de 10 onces.)

Le quatrième jour, le sang est peu couenneux; la langue est nette; n'a point d'appétit; les sueurs

continuent; la toux est très-fréquente. (Continuer la potion.)

Le sixième jour, n'a plus de fièvre, mais la toux revient par accès très-intenses; se sent du reste assez bien. (Prenez : Poudre de belladone, 18 grains; poudre de Dover, 1 demi-gros, à diviser en 12 poudres, dont on prendra une toutes les 2 heures.)

Le huitième jour, les accès de toux ont cédé sous l'influence des poudres. (Continuer les poudres.)

Quoique dans ces trois derniers cas l'action du vomitif n'ait pas été aussi marquée que dans les précédens, son action bienfaisante ne s'en est pas moins fait sentir par la cessation de certains symptômes, tels que la céphalalgie et la fièvre, et par la diminution de quelques autres, tels que la toux et les sueurs.

D'ailleurs, il est juste de noter que les deux derniers cas ont été observés vers le déclin de l'épidémie, époque où la maladie avait une durée beaucoup plus longue, et où la toux, en particulier, résistait à tous les remèdes avec une opiniâtreté qu'elle n'avait point chez les premières personnes atteintes.

Les dernières observations nous conduisent naturellement à parler des divers moyens employés concurremment avec l'émétique dans le traitement de la grippe. Au premier rang viennent les opiacés, qui ont été employés soit sous forme de teinture anisée et camphrée (élixir parégorique), soit mélangés avec l'ipécacuanha dans la poudre de Dover. La première préparation est celle qui réussissait le mieux à calmer la toux et l'angoisse qu'amenait l'oppression. L'élixir parégorique facilitait aussi singulièrement l'expectoration.

Après les opiacés, la poudre de belladone a le plus souvent réussi. Des doses assez fortes de ce médicament étaient non-seulement supportées, mais encore administrées avec avantage contre les accès de toux qui succédaient souvent à la grippe. (V. obs. IX.)

Le kermès a aussi été employé avec succès dans les cas où l'expectoration était difficile; mais ces cas étaient rares; en sorte que les antimoniaux, si vantés par les praticiens anglais (1), n'ont été que peu essayés à Genève.

Dans les cas simples, les moyens que nous venons d'énumérer ont suffi pour amener la guérison; mais chez quelques personnes sanguines ou nerveuses, la grippe développa une disposition inflammatoire qui a été combattue avec avantage par la saignée et les vésicatoires. Ceux-ci ont réussi surtout lorsqu'il existait beaucoup d'oppression et des douleurs vagues dans la poitrine. Ils ont suffi souvent pour diminuer la toux, ou du moins pour la rendre moins fatigante. La saignée, au contraire, a diminué plus facilement l'appareil des symptômes généraux, tels que la céphalalgie, l'angoisse et la fréquence du pouls; tandis qu'elle influait peu sur la toux, qui restait fréquente, ou revenait par accès sans modification bien notable. En résumé, aucune méthode de traitement n'a semblé aussi bien adaptée à la nature de la grippe que l'administration de l'émétique; elle a réussi plus constamment, plus promptement et plus sûrement qu'aucune autre à faire cesser tous les symptômes de cette maladie.

H.-C. Lombard.

(1) Medical Communications, t. I, pag 36.

CHIRURGIE PRATIQUE.

—

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

Sur la difficulté de déterminer le siége de quelques hémorrhagies artérielles;

Par M. Dubreuil,

Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Parmi les lésions soudaines qui imposent au chirurgien la nécessité de penser et d'agir avec promptitude, les hémorrhagies tiennent le premier rang. Si les lésions traumatiques et organiques du système artériel sont devenues le sujet de travaux contemporains d'une haute importance, si grâce aux données anatomiques les plus précises sur l'origine, le trajet, la distribution, les anastomoses et même les variétés que peuvent présenter les vaisseaux artériels, l'art a peu de chose à désirer, le diagnostic n'est-il pas quelquefois obscur, quand il s'agit de reconnaître l'artère ouverte? Je viens ajouter quelques faits à ceux qui confirment cette vérité dont les praticiens ont dû être frappés depuis long-temps. Ce que j'avance quant à la difficulté de déterminer le vaisseau lésé dans quelques cas d'hémorrhagie, je pourrais par extension l'appliquer à certains anévrismes externes développés lentement. Ici bien que l'exploration soit facile, on n'en est pas quelquefois moins incertain, pour établir que le siége de la tumeur anévrismale est dans telle ou telle branche artérielle.

Obs. I. — Une petite fille, âgée de 7 ans, grêle et scrofuleuse, portait depuis environ un mois une tumeur à la partie supérieure et latérale gauche du cou, non loin, mais en dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Indolore et de la grosseur d'un œuf de pigeon, la tumeur s'était accrue peu à peu, quand elle s'ouvrit spontanément et donnant par deux déchirures étroites des tégumens issue à un pus séreux et peu abondant. Quelques jours après et sans cause appréciable, une hémorrhagie eut lieu par la double ouverture de la peau. Cet accident se renouvela deux fois en six jours et avec une sorte de périodicité remarquable. La perte du sang avait affaibli la petite malade, qui, habitant la campagne, fut conduite à la ville par ses parens, pour réclamer l'avis de M. le docteur Bertrand. L'examen de la région cervicale lui donna la certitude qu'il n'y existait aucune pulsation anormale; la peau était usée, de couleur violacée. Là où avait existé la tumeur, une légère pression procura l'évacuation de quelques gouttes d'un

pus mal lié. L'intermittence régulière qui avait séparé les deux hémorrhagies dut inspirer à notre confrère l'idée d'administrer des préparations de quinquina. L'enfant fut reconduit à son village et cinq jours se passèrent sans que le sang reparût. Au bout de ce temps, nouvelle hémorrhagie; l'enfant fut ramenée à la ville. Justement inquiet de l'état de la malade, M. Bertrand pensa que la ligature de la carotide primitive gauche devenait le seul moyen efficace à employer. La petite malade se trouvait chez notre confrère quand une hémorrhagie se manifesta de nouveau. Appliquant un doigt sur le lieu d'où sortait le sang, il parvint aussitôt à l'arrêter, et convaincu que toute temporisation devenait funeste, il se rendit chez notre confrère Delpech pour réclamer ses conseils et son assistance dans l'opération qu'il se disposait à pratiquer. M. Bertrand n'avait point quitté l'enfant, sans indiquer à son père la conduite à tenir si le sang venait à reparaître. Peu de minutes s'étaient écoulées depuis l'absence du médecin, que le sang jaillit avec une telle violence que la peau, déjà amincie, fut rupturée et les deux ouvertures réunies en une seule. Ne trouvant plus d'obstacles, le liquide sortit à flots; l'hémorrhagie fut foudroyante. Témoin de ce spectacle, le père fut tellement effrayé, qu'au lieu de comprimer avec les doigts comme on le lui avait montré, il appliqua des compresses qui ne suffirent pas pour arrêter le sang, et malgré toute la diligence que put faire notre honorable confrère, il n'arriva près de la malade que pour assister à son agonie. Quand, à la sollicitation de M. Bertrand, je me rendis en toute hâte chez lui, l'enfant avait cessé d'exister, je le trouvai entouré de son père et de sa mère, qui ne pouvaient croire à une mort si prompte.

Nous obtînmes d'autant plus facilement des parens l'ouverture du cadavre que, par une singulière coïncidence, la sœur de la défunte, moins âgée qu'elle, portait à la région latérale droite du cou une tumeur semblable et de même nature que celle qui venait d'avoir un si funeste résultat (1).

Une incision longitudinale fut pratiquée de l'angle de la mâchoire inférieure, côté gauche, à la partie moyenne de la clavicule. La source du pus était presque entièrement tarie, les ganglions lympathiques du cou, surtout ceux placées profondément et qui environnent la jugulaire interne, purement hypertrophiés et ramollis. Je pense qu'ils avaient été le siége primitif de cette phlogose qui s'étendit par suite aux parties voisines. Mise à découvert dans le trajet qu'elle parcourt, la carotide primitive était saine, mais la carotide externe, très-peu au-dessus de son origine et à quatre lignes de la naissance de la thyroïdienne supérieure, présentait une ouverture de trois lignes de long sur deux lignes de large. Les bords de la solution de continuité étaient inégaux et frangés, les tuniques internes et moyennes se trouvaient détruites dans une plus grande étendue que l'externe; elles étaient ramollies, mais jusqu'à la naissance de la thyroïdienne supérieure exclusivement. Nous examinâmes l'artère carotide externe avec d'autant plus de soin que l'enfant étant entachée du vice scrofuleux, un tubercule qui aurait suppuré, placé entre les tuniques artérielles ou dans l'épaisseur d'une d'elles, aurait pu entraîner la rupture du vaisseau. Rien ne justifia cette pensée. Le ramollissement avait envahi les *fascia* ou feuillets fibreux qui se présentent dans cette région du cou. Les cavités splanchniques ne furent pas ouvertes.

Analysons ce fait et disons les réflexions qu'il nous a inspirées.

Une ganglionite sub-aiguë se manifeste au côté gauche du cou et se termine par suppuration; l'ouverture de l'abcès est naturelle, l'irritation envahit les parties environnantes malgré la barrière que sembleraient lui imposer les feuillets aponévrotiques de la région cervicale : la carotide externe se trouvant dans l'atmosphère inflammatoire est atteinte et ouverte; une hémorrhagie précédée d'autres moins abondantes, entraîne la mort. On ne saurait attribuer la lésion artérielle à la présence du pus, liquide inoffensif pour les organes avec lesquels il est en contact même immédiat, mais séparé le plus souvent par une membrane que quelques modernes ont appelée pyrogénique. Mais celle-ci est-elle donc une limite que ne doive jamais franchir l'inflammation? Non certes; et les circonstances où il en arrive tout autrement pour être exceptionnelles, n'en sont pas moins avérées. De là l'indication d'une ouverture artificielle dans certains abcès froids, placés au voisinage des vaisseaux et des nerfs, surtout dans une région du corps où le tissu cellulaire est lâche et extensible.

L'on conçoit quelle difficulté, même pour un praticien expérimenté, de porter un diagnostic rationnel sur la cause et le siége des hémorrhagies dans le cas que je viens de rapporter; elles paraissent d'abord avec une intermittence régulière; l'absence de toute tumeur pulsatile, quand notre confrère vit pour la première fois la petite malade, écartait toute idée d'anévrisme; mais d'où provenait le sang? était-il fourni par la partie supérieure de la carotide primitive, par la carotide interne ou l'externe? provenait-il enfin de la thyroïdienne supérieure? Le doute était là, et notre confrère s'arrêta au seul parti qui, suivant nous, était à prendre en semblable occurrence, celui de la ligature de la carotide primitive. S'il lui avait été permis d'exécuter cette opération, les suites devaient en être fort chanceuses; peut-être même l'hémorrhagie se fût-elle renouvelée.

Après la ligature du tronc carotidien, le sang ne pouvait-il être ramené au moyen de la thyroïdienne supérieure et par de nombreuses anastomoses? mais, dira-t-on, la compression sur l'artère ouverte était un moyen auxiliaire de la ligature et propre à prévenir le retour du sang. Toutefois, quand on songe à la position de la carotide externe, on se persuade qu'elle est peu favorablement placée pour permettre d'exercer sur elle une compression exacte et continuée durant un temps suffisant.

Dans l'ignorance des communications vasculaires

(1) Cette tumeur fut ouverte par notre confrère et non peut-être sans un sentiment d'appréhension bien naturel; la guérison fut prompte.

infinies, alors que l'on pourrait dire que le corps entier n'est lui-même qu'une vaste anastomose, les anciens étaient peu confians dans les ressources de la nature pour entretenir la vie après la ligature d'un tronc artériel principal; aujourd'hui la richesse bien appréciée des communications entre les vaisseaux sanguins ne devient que trop souvent un obstacle à l'opération.

Obs. II. — Un jeune soldat du 6e régiment d'infanterie de ligne reçut un coup de baïonnette qui, pénétrant par la région parotidienne gauche, vint sortir au-dessous de l'apophyse mastoïde du même côté. Le blessé, envoyé aussitôt à l'hôpital, fut placé dans le service de Delpech. La plaie se présenta sans apparence de gravité. L'état général était satisfaisant, et l'on se contenta d'appliquer sur la blessure des compresses trempées dans une liqueur résolutive.

Le septième jour, une tumeur fluctuante parut aux environs de l'apophyse mastoïde. Une ponction avec la pointe d'un bistouri procura l'écoulement d'un sang liquide dont la couleur ne laissait aucun doute sur la nature artérielle. Le même jour, il y eut deux hémorrhagies. Mandé en consultation par Delpech, je présumai avec lui que le sang provenait de l'artère occipitale, tout en avouant néanmoins qu'il pouvait venir de la carotide interne, ou même de la cervicale profonde. Delpech proposa la ligature de la carotide primitive comme l'unique ressource. Ne voyant point, du moins pour le moment, la nécessité de cette opération, mon avis fut de temporiser, et il prévalut. Trois jours après, rappelé près du blessé, j'appris que quelques hémorrhagies inquiétantes avaient eu lieu; le malade était pâle, bien que son pouls conservât encore de la force. Quant au moral, il était satisfaisant. Le blessé se montrant plein de confiance et de courage, mon opinion fut cette fois qu'on ne pouvait plus différer la ligature de la carotide primitive. Je ne dissimulai point mes craintes sur la possibilité (le sang provenant de l'occipitale suivant toute apparence) que l'anastomose de celle-ci avec celle du côté opposé, et avec la cervicale profonde, ne reproduisît l'écoulement du sang. Il n'y avait point ici à compter sur la compression à l'endroit de la lésion artérielle; l'engorgement inflammatoire s'y opposait. La ligature des deux carotides primitives pouvait-elle être admise? L'opération fut exécutée par mon célèbre et malheureux collègue avec cette habileté qui le distinguait si bien. Peu d'heures après, la tumeur hémorrhagiale qui, occupant la partie supérieure du cou, s'étendait au même côté de la face, s'affaissa sensiblement. L'hémorhagie ne reparut plus. Cependant, au quatrième jour de l'opération, on ne put méconnaître les symptômes d'une arachnitis suraiguë. Il y avait des deux côtés un commencement d'exorbitisme; l'emploi des antiphlogistiques, celui des dérivatifs énergiques portés alternativement à l'extérieur et sur le tube intestinal, restèrent sans succès, et quatre jours après l'apparition des symptômes cérébraux, le malade succomba.

La nécropsie fit connaître une phlegmasie aiguë de l'arachnoïde, phlegmasie étendue à la voûte et à la base du crâne; la ligature avait divisé la carotide primitive: un caillot en occupait le bout supérieur jusqu'à la bifurcation du tronc carotidien. Le tissu cellulaire était infiltré de sang et fragile dans toute l'étendue de la plaie faite pour lier l'artère. A l'endroit où avait existé la tumeur hémorrhagiale, on distinguait encore de petits épanchemens sanguins circonscrits.

L'artère occipitale gauche avait été ouverte dans une assez grande étendue, non loin de son origine et là où elle s'engage entre l'apophyse transverse de l'atlas et l'apophyse mastoïde. Au pourtour de l'ouverture, l'artère cédait à la moindre traction et se déchirait.

Ici encore il n'y avait que probabilité pour croire durant la vie du malade à l'ouverture de l'artère occipitale; l'instrument vulnérant avait profondément traversé l'intervalle qui sépare le bord postérieur de la mâchoire inférieure de l'apophyse mastoïde; les artères carotides interne et externe, voire même la cervicale profonde, branche de la sous-clavière, avaient pu être atteintes. C'est vainement que l'on voudrait juger toujours du point d'ouverture d'une artère par le lieu qu'occupe la tumeur hémorrhagiale. Quand, quelques jours après la blessure, le sang s'écoula pour la première fois; déjà la tuméfaction inflammatoire contr'indiquait l'incision; pour aller à la recherche du vaisseau ouvert, et le lier, quand bien même on eut été conduit à reconnaître la lésion de l'artère occipitale, l'on ne pouvait ni ne devait tenter la ligature dans la région où elle était ouverte, en raison de la profondeur à laquelle se trouve là placé le vaisseau. Il ne peut être lié qu'en dehors de l'apophyse mastoïde et du muscle petit complexus. Les recherches de M. Manec ont mis cette vérité dans tout son jour.

Obs. III. — Un jeune homme, atteint d'une inflammation chronique de la gorge, fut reçu en 1826, à l'hôpital Saint-Éloi. On avait employé sans succès tous les moyens antiphlogistique et adoucissans, quand le malade, se promenant dans la cour de l'hôpital, rejette tout-à-coup par la bouche une grande quantité de sang. M. Serres, alors chef interne de l'hôpital, se rendit à l'instant près du malade, et reconnut une hémorrhagie qu'il supposa d'abord provenir des poumons. Le malade fut transporté dans son lit, où il succomba malgré les irrorations d'eau froide et les ligatures placées sur les quatre membres. A l'ouverture du cadavre, on trouva le gosier rempli d'ulcérations, dont une avait détruit les parois de l'artère linguale près de son origine de la carotide externe. Le sujet avait eu plusieurs affections syphilitiques.

Dans un cas aussi prompt et aussi désespéré, comment reconnaître la source de l'hémorrhagie, le malade eût péri avant qu'on eût procédé à la ligature de la carotide primitive, d'ailleurs une nouvelle hémorrhagie pouvait survenir par l'anastomose des deux artères linguales.

Obs. IV. — M. B***, âgé de 22 ans, étudiant en médecine, reçut en duel, le 23 avril 1833, un coup de sabre à la partie supérieure externe de la jambe droite. La pointe de l'arme fraîchement aiguisée pé-

nétra profondément. Au moment de la blessure, le sang artériel sortit en abondance, et les témoins s'empressèrent d'entourer le membre de mouchoirs fortement serrés, sans toutefois arrêter l'hémorrhagie, qui persista pendant un trajet de cinquante pas, que fit M. B***, depuis le lieu de la rencontre jusqu'à la voiture qui l'attendait. A peine y fut-il placé qu'il tomba en syncope : l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt; mais quand il eut repris ses sens, elle continua avec autant d'intensité. Les personnes qui accompagnaient le blessé lui prodiguaient des soins plus affectueux que bien entendus. Arrivé en ville, il témoigna le désir d'être aussitôt conduit chez moi. Il était pâle, et malgré le courage qu'il avait montré, sa figure portait l'empreinte de la terreur. L'on peut évaluer à plus de deux livres le sang qu'il perdit, ou sur le terrain, ou dans la voiture. Je fis transporter le malade chez lui, et après avoir enlevé les moyens de compression qui, du reste, n'avaient pas rempli le but, je découvris une plaie oblique de la longueur d'un pouce et s'étendant de la tête du péroné à la partie externe et supérieure du tibia. Cependant le sang coulait toujours sans qu'il me fût permis de distinguer le vaisseau qui donnait. Ma première idée fut que la tibiale antérieure avait été ouverte; mais une nouvelle et plus attentive exploration me confirma que le lieu d'où sortait le fluide était trop élevé pour qu'il provînt de la tibiale antérieure, dont l'origine et la distribution offrent peu d'anomalies. Je pensai avec plus de raison que le vaisseau atteint par l'instrument devait être la récurrente tibiale antérieure ou récurrente du genou. La quantité considérable de sang perdu par la lésion de cette artère a-t-elle donc lieu d'étonner quand on songe qu'un vaisseau même d'un petit calibre, ouvert près du tronc d'où il tire son origine, peut entraîner une hémorrhagie mortelle?

On sait d'ailleurs que la récurrente du genou s'anastomose avec les articulaires inférieures, branches de la poplitée. Une légère compression que j'exerçai sur le trajet de la récurrente, et au moyen de simples bourdonnets, arrêta subitement l'hémorrhagie, en me donnant la certitude que le tronc de la tibiale antérieure n'avait pas été atteint; car la compression était exercée au-dessus de l'endroit où la tibiale antérieure passe au travers de l'ouverture du ligament interosseux. Malgré la faiblesse du blessé, la circulation ne tarda pas à se rétablir, et il fut surtout rassuré en voyant qu'un moyen hémostatique aussi simple avait suffi, tandis qu'auparavant on n'avait pu en étranglant le membre se rendre maître du sang. En quittant M. B***, j'appliquai un tourniquet au bout de la cuisse, recommandant aux amis du blessé qui le veillaient de serrer l'instrument dans le cas du retour de l'hémorrhagie. A minuit, six heures après l'accident, et à la suite de mouvemens brusques et involontaires exercés par le malade très-nerveux, et dont l'excitation morale était extrême, le sang coula de nouveau, et quand je me rendis près de lui, un drap plié en plusieurs doubles et un matelas étaient traversés, le tourniquet n'était plus sur le trajet de l'artère. Témoin de la quantité de sang déjà perdu, de celui qu'il venait de perdre encore, j'avoue que si à cette heure j'avais été assisté de quelqu'un sur qui je pusse compter, je n'aurais pas hésité à lier l'artère crurale. J'enlevai l'appareil, et quelques nouveaux bourdonnets appliqués me rendirent encore facilement maître du sang. Pour cette fois, je fis placer sur l'appareil la main d'aides qui se renouvelaient souvent. La compression ainsi exercée dura pendant huit jours consécutifs. Le blessé fut mis à une diète sévère, prenant pour toute boisson, tantôt du lait, tantôt de la limonade frappée de glace.

Au bout du neuvième jour, je me décidai à lever l'appareil. J'avais fait déjà appeler M. Serres, docteur agrégé, qui a bien voulu suivre le blessé avec assiduité et me suppléer près de lui. Nous trouvâmes la plaie d'un bon aspect et réunie vers l'angle supérieur. Nous appliquâmes des bandelettes agglutinatives et nous maintînmes le pansement au moyen d'une bande peu serrée. Une circonstance sur laquelle nous devons insister, c'est que la région poplitée ne présentait point de tuméfaction et était dans l'état naturel. Il existait un léger engorgement de l'articulation fémoro-tibiale, ce que nous rapportâmes à l'immobilité à laquelle avait été condamné le membre. Enfin, tout étant rassurant dans l'état du blessé, nous permîmes une légère alimentation, et le vingtième jour, la plaie étant cicatrisée, il fit à l'aide d'une canne quelques pas dans sa chambre. Pour achever de rendre au membre sa facilité dans les mouvemens, nous envoyâmes M. B*** à Balaruc. Disons-le néanmoins, deux jours avant son départ, nous observâmes pour la première fois un léger gonflement dans la région poplitée. M. B*** prit à Balaruc dix douches dirigées sur le genou et sur le creux du jarret. Toujours préoccupé de l'idée qu'il avait à redouter une ankylose du genou, et oublieux du danger auquel l'avait exposé l'hémorrhagie, le malade s'efforçait d'imprimer de grands et continuels mouvemens à la jambe. Quand satisfait de son état, et à son retour des eaux, il se présenta à M. Serres, celui-ci fut surpris de trouver dans le creux poplité une tumeur déjà volumineuse avec de fortes pulsations. Je vis notre malade, et il nous fut facile de reconnaître un anévrisme de l'artère poplitée. M. B*** ignorait la gravité de son état; il fallut l'en prévenir. Devait-on recourir aussitôt à la ligature de la crurale ou de la poplitée elle-même? Employer la compression, alors même qu'elle n'amènerait point une cure radicale, nous sembla plus rationnel. Ce moyen préparatoire était indiqué pour disposer les vaisseaux collatéraux, en recevant graduellement une plus grande quantité de sang, à suppléer le tronc principal oblitéré. Le cercle compresseur de B. Bell, modifié par le professeur Dupuytren, fut appliqué au tiers supérieur de la cuisse, mais non d'une manière continue. La température de la tumeur anévrismale étant plus élevée que celle du reste du corps, nous fîmes appliquer par continuité, et durant plusieurs jours, une vessie remplie de glace. Nous comptions sur la compression exacte, exercée dans la région poplitée même à l'aide d'une genouillière à laquelle s'adaptait une pelote.

Le malade devint docile parce qu'il était inquiet, et dans l'intervalle d'un mois nous fîmes pratiquer trois petites saignées du bras et mettre plus d'insistance dans l'usage des moyens qui nous avaient si bien réussi. Le traitement fut une sorte d'imitation de celui de Vasalva (1); mais renfermé dans de justes bornes; nous administrâmes la poudre de digitale, dont nous augmentâmes graduellement la dose. Nous en fîmes cesser par intervalle l'usage pour la remplacer par le sirop de pointes d'asperges.

Cependant la compression, surtout celle du jarret, et les autres moyens employés pendant près de deux mois, produisirent un heureux résultat; la tumeur diminua de beaucoup, surtout quand le membre était placé dans le sens de la flexion. Il laissait percevoir, lorsqu'on l'explorait attentivement, un bruissement obscur produit par un petit filet sanguin qui passait encore dans l'ouverture artérielle. Ce qui nous parut d'un bon augure, ce fut la dilatation des artères articulaires, surtout des inférieures dont les battemens étaient sensibles; il n'y avait aucune douleur dans la région poplitée; l'exploration faisait reconnaître en dehors de la tumeur le nerf poplité interne aplati et comme étendu en patte d'oie. Nous nous relâchâmes de la sévérité du régime et permîmes au malade une nourriture légère et peu abondante. Tout-à-coup la scène changea; des accès violens d'une fièvre intermittente à type tierce se manifestèrent, et bien que la fièvre fût coupée au troisième accès, la tumeur anévrismale devint beaucoup plus volumineuse et les pulsations distinctes; nous dûmes recommander un repos absolu. Il y a dix jours que la fièvre a cessé; les accidens qu'elle avait rappelés du côté de la tumeur anévrismale ont diminué. M. B. se trouve aujourd'hui à peu près au point où il était avant les accès et nous espérons conduire le malade à bien, sans en venir à l'opération.

C'est à dessein qu'en publiant cette observation, je suis entré dans des détails qui paraissent peut-être minutieux, mais ils se liaient naturellement aux conséquences que ce fait pratique m'a suggérées. Quand je vis le malade pour la première fois, l'indication, après avoir arrêté l'hémorrhagie, était de chercher à reconnaître le vaisseau ouvert, et d'en pratiquer la ligature; nos tentatives pour le découvrir furent infructueuses. Je conçois que la ligature de la tibiale antérieure et un point de compression exercée sur la récurrente tibiale mettait en garde contre toute récidive d'hémorrhagie; mais ne fallait-il pas ici lier la tibiale antérieure au-dessus de la naissance de la récurrente du genou, c'est-à-dire quand la tibiale traverse le ligament interosseux pour descendre sur sa face antérieure. Or, je le demande, cette opération que j'ai quelquefois essayée sur le cadavre, est-elle praticable sur le vivant? Je n'hésite point à répondre par la négative. On ne peut songer à pratiquer la ligature de la tibiale antérieure, à la partie la plus élevée de la jambe, parce que le vaisseau y est placé trop profondément, sous d'épais faisceaux musculaires. Quant à la lésion de l'artère poplitée, on ne pouvait même s'en douter à l'instant de la blessure. Je l'ai déjà dit, la région poplitée n'offrait sur le trajet de l'artère ni gonflement, ni tumeur pulsatile; l'examen du jarret fut fait avec d'autant plus de soin que, par la disposition anatomique de cette partie, l'anévrisme poplité a déjà pu acquérir un certain volume en largeur sans être très-apparent au dehors. L'altération inflammatoire des artères étant la principale condition prédisposante à l'anévrisme, veut-on admettre ici que l'inflammation traumatique s'est étendue au tronc poplité et que par suite des mouvemens intempestifs et violens du membre, il y a eu rupture de l'artère, qui était ramollie, par suite de l'inflammation? cette idée ne paraît point fondée. Il est plus vraisemblable que l'instrument vulnérant dont la pointe était très-aiguë, porté profondément de haut en bas et d'avant en arrière, aura d'abord ouvert la récurrente tibiale antérieure et divisé dans une petite étendue l'artère poplitée vers sa partie externe et la plus inférieure : un caillot sanguin placé entre les lèvres de la plaie par piqûre n'aura pu contracter des adhérences assez intimes avec le vaisseau pour résister à l'effort du sang, où ce qui nous paraîtrait plus probable encore, la compression n'avait pas été assez long-temps continuée pour déterminer l'oblitération complète du vaisseau.

(1) J'ai pu juger dans deux circonstances que le traitement de Vasalva, pris dans tout la rigueur et employé contre les anévrismes externes, loin de mettre le sang dans des conditions favorables pour en obtenir la coagulation, augmentait sa fluidité. Ce n'était plus, comme disait Bordeu, de la chair coulante; on aurait dit qu'il y avait séparation ou plutôt soustraction d'une grande partie de la fibrine.

CORRESPONDANCE MEDICALE.

—

TUMEUR FONGUEUSE DE LA DURE-MÈRE,

Application de seize couronnes de trépan; ablation complète de la tumeur. — mort.

Observat. communiq. par M. Bérard, jeune,

Chirurgien des hôpitaux, agrégé près la Faculté de Paris.

Obs.—Nicolas Guérin, âgé de 59 ans, journalier, se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, pour une tumeur qu'il portait au sommet de la tête. Elle lui était survenue depuis plusieurs mois, augmentant toujours de volume, et causant de temps en temps des douleurs assez vives; elle était arrondie, du volume d'une petite noix, insensible à la pression, exempte de battemens; elle occupait la partie supérieure gauche du crâne. La peau qui la recouvrait était saine; la nature de cette tumeur me parut difficile à assigner. Je prescrivis quelques frictions sur la tumeur avec une pommade iodurée et j'engageai le malade à revenir à la consultation.

La tumeur continua à grossir. Guérin voyant que les frictions n'avaient pas arrêté la marche de la maladie, alla consulter un médecin de la ville qui prit la tumeur pour un abcès, et plongea un bistouri dans son épaisseur; mais au lieu de pus il en sortit une quantité considérable de sang. L'hémorrhagie fut arrêtée avec peine, et le malade alla demander du secours à l'hôpital Saint-Louis, où il fut reçut dans le service de M. Jobert. La tumeur avait alors le volume d'un petit œuf; elle offrait d'ailleurs les caractères indiqués plus haut, et les douleurs étaient devenues plus fréquentes et plus vives.

Comme il n'existait aucun symptôme de compression du cerveau, M. Jobert crut à une tumeur cancéreuse développée sous le cuir chevelu, et il résolut de l'extirper.

L'opération fut pratiquée vers le 1er juin; le cuir chevelu étant incisé et la tumeur mise à découvert, on commençait à la disséquer et à la détacher des parois osseuses du crâne, lorsqu'on s'aperçut qu'au moyen d'ouvertures assez larges situées sur les pariétaux, elle s'étendait jusque dans le crâne. M. Jobert n'alla pas plus avant et il se contenta d'enlever toute la portion de la tumeur située au-dehors, et de ruginer les pariétaux. On put voir alors évidemment les ouvertures des parois osseuses à travers lesquelles on distinguait le reste de la tumeur, alternativement abaissée et soulevée par les pulsations du cerveau. Ces pulsations ne paraissaient nullement avant l'opération, et leur absence avait contribué surtout à l'erreur du diagnostic.

Après cette opération incomplète, le malade n'eut aucun accident; même les douleurs qu'il ressentait avant dans la tête avaient disparu tout-à-fait; il existait une large plaie qui fournissait une suppuration très-abondante. Par les ouvertures du crâne la tumeur, contenue dans l'intérieur, s'étendit rapidement au-dehors, et au bout de quelques jours on ne put découvrir les perforations. Les pulsations étaient toujours très-évidentes; il s'échappait de l'air par les bords de la tumeur. Les chairs fongueuses qui occupaient la plaie, augmentant toujours, on ne put enfin distinguer que difficilement les pulsations, mais il n'existait ni douleur, ni aucun signe qui indiquât une compression du cerveau.

Le malade était dans cet état lorsqu'il sortit de l'hôpital le 19 juillet.

C'est alors qu'il vint pour la seconde fois à l'hôpital Saint-Antoine; voici l'état dans lequel il se trouvait au moment où il entra à l'hôpital : la tête présente à son sommet une tumeur du volume du poing, ulcérée dans une partie de son étendue; cette tumeur s'étend en avant jusqu'au sommet du front, elle descend dans la fosse temporale gauche et dépasse à droite d'un pouce et demi la ligne médiane du corps; elle forme un relief de deux pouces de haut vers son milieu; la base élargie et aplatie a à peu près quatre pouces d'avant en arrière, et trois et demi transversalement. Cette tumeur est divisée en deux parties latérales par un ulcère profond qui laisse couler une suppuration abondante et dont les bords sont renversés en dehors. Plusieurs ouvertures fistuleuse aboutissent à sa surface. Si on engage un stylet dans ses ouvertures on le fait pénétrer profondément à l'intérieur du crâne, et l'on sent en quelques points la surface nue et inégale de l'ouverture osseuse par laquelle sort la tumeur. Le reste de la tumeur est recouvert par les tégumens, qui ont conservé leur intégrité.

La masse entière est soulevée par des battemens isochrones à ceux du pouls. La compression exercée à la fois sur les artères temporales superficielles et occipitales n'a aucune influence sur ces battemens. Cette dernière circonstance démontrait évidemment la libre communication de la tumeur du crâne. Il n'était plus possible de méconnaître l'existence d'une de ces productions accidentelles qui ont été décrites sous le nom de tumeurs fongueuses de la dure-mère. Une circonstance cependant retint mon diagnostic en suspend (1), et elle est digne d'être notée. Le malade n'avait jamais éprouvé d'accidens cérébraux, tels qu'hémiplégie, convulsions, perte de mémoire, d'un ou plusieurs sens, etc., et la compression même assez forte de la tumeur, que j'exerçai à différentes reprises, n'altéra en aucune façon les fonctions cérébrales. Ainsi donc une tumeur fongueuse de la dure-mère peut arriver à son dernier degré de développement sans être accompagnée des symptômes qui, d'après le dire des auteurs, sont inévitablement liés à son existence.

Connaissant l'inefficacité de tous les traitemens employés jusqu'à ce jour par les chirurgiens contre cette fâcheuse maladie, je me décidai promptement à suivre le conseil donné par M. Boyer, dans son *Traité de chirurgie*, et qui consiste à cerner, à l'aide de couronnes de trépan, toute la portion du crâne par laquelle sort la tumeur, afin d'enlever avec celle-ci une partie saine de la circonférence de la dure-mère qui la supporte. Le volume de la masse morbide n'était pas un obstacle puisque tous les jours on enlève des masses cancéreuses et autres, de dimensions bien plus considérables. D'autre part, les observations ne manquent pas dans les auteurs, d'énormes solutions de continuité des parois du crâne avec dénudation et quelquefois même lésion de la substance cérébrale, qui ont été suivies de guérison. D'ailleurs mon malade jouissait d'une santé parfaite; et chose extrêmement rare dans l'histoire des tumeurs fongueuses de la dure-mère, il avait résisté à deux opérations dans lesquelles la masse morbide avait été divisée par l'instrument tranchant. Quelques ganglions lymphatiques engorgés sur les côtés de la mâchoire et du cou, ne me parurent pas une contre-indication à l'opération. Ne voit-on pas tous les jours ces engorgemens exister sur le trajet des lymphatiques qui proviennent de parties malades, et disparaître lorsque l'affection qui les a fait naître est elle-même guérie? Enfin Guérin, encore dans l'âge adulte, plein de courage, et

(1) Ce n'est que depuis la mort du malade que j'ai été instruit des circonstances qui s'étaient offertes à M. Jobert pendant l'opération, et qui ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de la tumeur.

souhaitant ardemment être débarrassé de sa tumeur, je procédai à l'opération de la façon suivante :

Le malade fut couché et la tête placée comme pour pratiquer l'opération du trépan. Je fis une incision parallèle au bord droit de la surface ulcérée sur la peau saine à trois à quatre lignes de l'ulcère. Cette incision dépassait de près d'un pouce en arrière et en avant la base de la tumeur. Une seconde incision partant à une pareille distance de la base de la tumeur à droite, vint tomber perpendiculairement sur le milieu de la première. Ces incisions comprenaient toute l'épaisseur de la peau, la couche graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose occipito-frontale. Toute la partie droite de la tumeur fut alors mise à découvert jusqu'à sa base. Les lambeaux de peau furent successivement appliqués, de telle sorte, qu'un intervalle d'une ligne à deux existait entre chacune d'elles, et que la partie de leur circonférence la plus rapprochée de la tumeur était peu distant de la perforation du crâne. Les points de substance osseuse qui séparaient chaque couronne, furent coupés avec les tenailles incisives. Le malade supporta sans se plaindre cette première partie de l'opération, qui avait duré près de trois quarts d'heure. Un tiers de la circonférence de la tumeur se trouvait cerné par ces six ouvertures. Prévoyant que l'opération durerait encore longtemps, je craignis, en l'achevant dans une seule séance, d'épuiser les forces du malade. En conséquence je fis un pansement simple et le patient retourna de la salle d'opération à son lit, en s'appuyant sur le bras de l'infirmier. La journée et la nuit se passèrent sans aucun accident : loin de là, les souffrances que lui causait sa tumeur furent, comme après l'ablation incomplète de M. Jobert, beaucoup moins vives.

Le lendemain j'achevai de cerner la base de la tumeur en conservant toutes les parties saines de la peau. Il fallut appliquer dix nouvelles couronnes de trépan. Voici quels sont les os du crâne qui ont été térébrés : le frontal, les deux pariétaux, le temporal gauche, la grande aile du sphénoïde du même côté ; le nombre des couronnes de trépan sur chaque os est distribué de la manière suivante : frontal, 5 ; pariétal droit, 4 ; pariétal gauche, 5 ; partie supérieure de la portion squameuse du temporal, 1, extrémité de la grande aile du sphénoïde 1. La totalité de l'ouverture a une forme ovalaire dont le grand diamètre est antéro-postérieur. Ce diamètre mesuré au pied métrique a cinq pouces d'étendue ; le transversal a quatre pouces cinq lignes. La dure-mère circulairement découverte était saine, excepté dans la partie la plus concentrique de quelques-unes des ouvertures postérieures, où elle présentait des granulations tuberculeuses de nature cancéreuse, qui avaient déjà usé la table interne du crâne dans le point qui leur correspond.

Le malade supporta cette nouvelle partie de l'opération avec le même calme que la veille. Tous les trous du trépan étant réunis à l'aide des tenailles incisives, il ne restait, pour terminer l'opération, qu'à couper circulairement la dure-mère. Pour cela, je saisis cette membrane avec des pinces à dissection, et j'incisai le pli avec le bistouri ; la première ouverture fut agrandie avec des ciseaux courbes et à pointes mousses, bientôt je pus passer le doigt indicateur gauche entre le cerveau et la dure-mère, et je coupai sur ce doigt, avec le bistouri, la moitié de la circonférence de la dure-mère, m'arrêtant en avant et en arrière à la faux du cerveau. Je détachai de la même façon la partie gauche de la circonférence de la dure-mère ; l'incision de la membrane au niveau d'une des branches principales de l'artère méningée moyenne fut suivie d'un écoulement de sang qui fut arrêté avec un morceau d'agaric, maintenu par le bout du doigt

Toute la circonférence de la tumeur était incisée ; mais elle tenait encore d'avant en arrière dans son milieu par la faux de la dure-mère, il fallait couper celle-ci au niveau de son bord supérieur, et par conséquent diviser le sinus longitudinal supérieur. J'avais pensé que la tumeur dans son développement devait avoir, en partie, effacé la cavité du sinus, et que les veines dorsales du cerveau devaient être presque toutes oblitérées. Cette opinion se trouva bien fondée ; aussi la section de la faux et celles des veines qui se rendent au sinus, que je fis d'avant en arrière avec le bistouri, en soulevant avec la main gauche les deux moitiés latérales de la tumeur qui se relevaient comme les deux valves d'un panier, cette section, dis-je, ne fut suivie de l'écoulement que d'une petite quantité de sang.

L'opération terminée, on aperçut la surface des circonvolutions cérébrales couvertes par la pie-mère, et l'arachnoïde viscérale agitée des mouvemens d'élévation et d'abaissement isochrones aux contractions du cœur.

Quelques secondes s'étaient à peines écoulées que le malade fut pris de perte de connaissances et de mouvemens convulsifs du tronc et des membres. Pensant que la brusque soustraction d'une partie de l'enveloppe résistante du cerveau causait ces accidens, j'appliquai de suite sur toute la partie dénudée de l'organe un morceau d'agaric, sur lequel je pressai modérément avec la paume de la main. Bientôt l'on vit cesser les convulsions et revenir l'intelligence.

La rapidité avec laquelle cette manœuvre fut suivie de la disparition des accidens ne permet guère de douter que c'est par elle que le malade fut rappelé à lui-même. Ce fait tend à prouver que le trouble qui survient dans les fonctions de l'encéphale, lorsqu'une grande partie de sa surface est à découvert, phénomène que les expériences sur les animaux ont déjà mis à même d'observer, provient, non de la pression atmosphérique, puisqu'ici cette pression s'exerçait avec autant d'énergie avant qu'après l'opération, vu la vaste perforation qui existait aux parois du crâne, mais de la suppression d'une partie de l'enveloppe résistante de l'encéphale, suppression qui a été le résultat de la section de la dure-mère, dont la face profonde avait, ainsi que je le dirai plus loin, conservé partout son intégrité.

Des gâteaux de charpie furent appliqués sur l'agaric, puis des compresses et une bande qui maintint le tout, et continua la compression que la main exer-

cait par le moyen de quelques tours jetés du sommet de la tête sous le menton.

Le malade fut reporté dans son lit. Ce second temps de l'opération avait duré près d'une heure et demie; il y avait eu une effusion de sang assez considérable. Cependant le pouls, qui avait disparu au moment où les convulsions étaient survenues, reprit peu à peu de la force, et la journée et la nuit se passèrent sans accident et sans le plus léger trouble du côté des fonctions de l'encéphale. Mais le lendemain dans la matinée il survint du délire; les traits de la face s'altérèrent profondément; il s'y joignit quelques grincemens de dents, une aphonie complète et des mouvemens désordonnés des membres. Une petite saignée et l'application d'eau glacée sur la tête ne purent arrêter la marche des accidens. Le pouls s'affaiblit de plus en plus, et après des alternatives de prostration complète et d'agitation, le malade s'éteignit à sept heures du soir, trente-quatre heures après l'ablation de la tumeur.

Nécropsie. Immédiatement après l'opération, je fis l'examen de la masse morbide enlevée en présence de MM. Kapeler et Bérard aîné, de plusieurs autres médecins et d'un grand nombre d'élèves qui avaient assisté à cette longue et laborieuse séance. Nous constatâmes que la tumeur provenait de la surface extérieure de la dure-mère; qu'elle sortait du crâne par une large ouverture, unique, irrégulière, taillée en biseau aux dépens de la table interne du crâne; que sa base s'étendait au-dessous du crâne, en envoyant de petits prolongemens sur la face externe de la dure-mère jusqu'aux environs des parties que les couronnes de trépan avaient mises à découvert. Son tissu était semblable à la substance cérébrale. La masse entière était évidemment un cancer encéphaloïde.

La surface intérieure de la dure-mère était saine dans toute son étendue. Le sinus longitudinal supérieur avait été enlevé avec le bord supérieur de la faux. Sa cavité était presque entièrement oblitérée.

La circonférence de la dure-mère incisée était parfaitement saine; en sorte que la tumeur cancéreuse avait été enlevée en totalité.

L'examen du cadavre fit voir une inflammation de la surface des circonvolutions cérébrales, dont la substance était rouge et ramollie, adhérente à la pie-mère. Une exsudation pseudo-membraneuse était infiltrée dans l'épaisseur de cette dernière membrane et à la surface de l'arachnoïde dans tous les points de la voûte du crâne, et cette altération s'étendait en arrière jusque sur le cervelet.

Les poumons furent trouvés engoués et infiltrés d'une quantité considérable de sérosité spumeuse.

Les ganglions du cou étaient augmentés de volume; mais ils ne renfermaient aucune trace de substance encéphaloïde. Tous les autres organes étaient sains.

La pièce pathologique a été montrée à l'Académie royale de médecine.

N. du R. Cette observation, par la précision et la richesse des détails, résume pour ainsi dire toute l'histoire des fongus de la dure-mère. Le point unique dans lequel les symptômes ont paru à M. Bérard s'écarter de l'ordre commun, se trouve d'accord, au contraire, avec la plus grande partie des observations connues, et il n'est pas même besoin, pour expliquer l'absence des accidens cérébraux, de recourir à une disposition particulière de la tumeur, démontrée par M. Bérard à l'Académie, savoir, que la tumeur sortie à l'extérieur s'étendait sur ses côtés, en forme de champignon, sur les bords de l'ouverture du crâne, et ne pouvait produire la compression du cerveau. Walther a vu une tumeur de ce genre très-volumineuse, dont la moitié cachée dans le crâne s'était creusée une vaste excavation dans le lobe postérieur du cerveau. La veille de sa mort, le malade jouissait encore de la plénitude des fonctions intellectuelles et des mouvemens volontaires. Un autre fait rapporté par Louis est plus remarquable encore. Une femme qui éprouvait les symptômes les plus graves produit par une de ces tumeurs, l'ayant fait rentrer dans le crâne par la compression et maintenue réduite au moyen d'une plaque métallique, tous les accidens disparurent; ils ne revenaient que quand la compression inexacte laissait sortir une partie de la tumeur. Ce n'était donc point la compression du cerveau qu'il fallait accuser de ces symptômes. Serait-ce, au contraire, le défaut de pression suffisante sur cet organe? Cela est moins probable encore. La dure-mère, en effet, conserve toute sa solidité, et dans l'observation de M. Bérard on voit que des symptômes d'un autre genre ont cessé après l'ablation de la tumeur, le cerveau n'étant plus contenu que par la dure-mère. Tout ceci ne tend-il pas à démontrer comme un fait cette idée, émise déjà par plusieurs auteurs, que les symptômes des fongus de la dure-mère sont dus à l'irritation de la tumeur par les inégalités de l'ouverture du crâne qui lui a donné passage?

Mais ce qui met surtout cette observation hors de ligne, c'est la nouveauté et la hardiesse de l'opération exécutée par M. Bérard, quel qu'en ait été le succès. La première idée du trépan appliqué au traitement des fongus de la dure-mère paraît remonter au dix-septième siècle et appartenir à Pimprenelle. Toutefois depuis ce long laps de temps, et quoique tous les chirurgiens aient reconnu que toute autre opération était insuffisante, et que l'ablation de la tumeur offrait seule des chances de salut au malade, nous ne voyons pas qu'aucun deux l'ait pratiquée, soit manque d'occasion, soit défaut de courage. Dans un cas rapporté par Volprecht et cité par M. Boyer, on avait commencé à cerner la tumeur à l'aide du trépan; mais la crainte de trépaner sur la protubérance occipitale arrêta le chirurgien. La science ne possédait donc, avant M. Bérard, aucun fait sur lequel on pût apprécier la valeur de l'opération, et nous n'avons encore, pour baser notre jugement, que l'essai tenté par ce jeune et hardi chirurgien.

Une circonstance tout-à-fait imprévue s'est révélée après l'opération, et c'est sur elle, à notre avis, que devra se fonder désormais la gravité du pronostic. C'est cette dénudation du cerveau privé de ses enveloppes principales dans une si grande étendue. Les faits analogues sur lesquels se fiait M. Bérard présentent tous une différence capitale : ou bien une grande partie du crâne a été enlevée, mais la dure-

mère reste; ou bien la dure-mère et le cerveau même ont été lésés, mais dans une très-petite étendue. Il n'y a dès lors nulle parité à établir, et les conséquences le démontrent mieux encore que la théorie. Nous sommes d'ailleurs tout-à-fait de l'avis de M. Bérard, qui rejette comme complètement illusoire l'influence de la pression atmosphérique ; c'est évidemment au défaut de pression suffisante sur le cerveau que tous les phénomèmes doivent être attribués ; et si la suite de l'observation ne le démontrait d'une manière péremptoire, nous rappellerions que M. Magendie a produit les mêmes effets en soustrayant par une simple ponction le liquide céphalo-rachidien, qui remplit les vides existant entre le cerveau et le crâne.

A ces premiers symptômes, qu'on peut maîtriser en établissant une compression artificielle, ajoutez ceux qui doivent suivre quand l'arachnoïde cérébrale mise à nu devra s'enflammer et suppurer, afin de se recouvrir d'une cicatrice formée de toutes pièces. C'est là ce qui a tué le malade. Et le contact large et prolongé sur l'arachnoïde, soit d'un morceau d'agaric, soit de toute autre matière à pansement, ajoute sans doute à la gravité de cette circonstance. Si l'on pouvait recouvrir à l'instant cette énorme plaie avec les tégumens, et tenter la réunion immédiate, il est probable que le danger serait moins grand. Dans la plupart des cas, il est vrai, les tégumens seront altérés ou trop amincis pour pouvoir servir à cet usage. Ne serait-ce pas le lieu de recourir à toutes les ressources de l'autoplastique ?

En rappelant nos souvenirs, il nous est revenu un fait d'une analogie à la vérité assez éloignée; mais dont peut-être on pourrait encore tirer parti. Nous l'empruntons à Rougemont, dans son *Traité des hernies*.

« Un enfant vint au monde ayant dans la région ombilicale une large ouverture ronde qui donnait issue aux intestins, recouverts seulement par le péritoine. On essaya en vain de réduire la hernie ; l'enfant fut pris aussitôt de syncopes qui firent craindre pour sa vie, et d'ailleurs on appréhendait que le péritoine ne se gangrénât. On appliqua sur sa hernie l'épiploon chaud d'un animal récemment tué. Peu de jours après, une membrane épaisse et putride se détacha. L'escarre tombée, on aperçut la véritable peau, qui avait l'aspect d'une substance charnue. La santé de cet enfant se rétablit ensuite parfaitement.»

Cet épiploon, considéré seulement ici comme pièce de pansement, est certainement plus doux que nos linges et notre charpie. Il mettrait le cerveau à l'abri du contact de l'air, et l'on ne peut pas même objecter qu'il se mortifierait bientôt. Les expériences de M. Belmas sur la baudruche montrent la facilité avec laquelle les tissus vivans s'assimilent les tissus morts, pourvu qu'ils soient d'une grande minceur.

Nous raisonnons dans l'hypothèse que l'ablation de la tumeur ne saurait être faite sans l'ablation de la dure-mère qui la supporte. N'est-il pas cependant certains cas où l'on pourrait se conduire autrement? Quelquefois on a trouvé la dure-mère épaissie; il eût été facile alors d'enlever une portion de son épaisseur avec la tumeur, en laissant au cerveau une enveloppe d'une solidité encore suffisante. Dans tous les cas connus, et particulièrement dans l'observation de M. Bérard, la dure-mère est absolument saine par sa face cérébrale; elle garde son épaisseur et sa texture accoutumées. Bien plus, dans la pièce pathologique que nous avons sous les yeux, en râclant la substance encéphaloïde de la face externe de la dure-mère, on met cette membrane à nu sans qu'elle paraisse le moins du monde altérée. N'est-ce pas ici un nouvel argument en faveur de cette propriété, reconnue aux tissus fibreux par M. Lisfranc, de limiter long-temps les progrès du cancer? Et ne pourrait-on essayer dès lors l'opération prescrite pour d'autres cas par cet habile chirurgien, et enlever seulement la tumeur en râclant la dure-mère dans tous les points légèrement suspects, ou même en la perforant tout-à-fait en d'autres? C'est à l'expérience à prononcer à cet égard; car parmi les opérations conseillées contre les tumeurs fongueuses de la dure-mère, il est assez remarquable qu'on ait omis précisément celle-là.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

OCTOBRE 1833.

LANCETTE DU 1er, N° 121.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

De la réclination capsulo-lenticulaire, ou nouveau procédé d'abaissement de la cataracte avec une aiguille nouvelle;

PAR M. BERGEON,

Interne de cet hôpital, et docteur en médecine.

La fréquence des cataractes secondaires n'est pas une chose en litige; ce serait donc rendre un grand service à la science que d'indiquer une manière d'opérer qui dût prévenir l'accident fâcheux que je viens de signaler. J'avoue que tel a été le but principal que je me suis proposé; j'ai voulu aussi trouver un moyen qui, par son excellence et sa facilité, fît terminer l'interminable débat de l'extraction et de l'abaissement. Pour cela, j'ai eu besoin, je ne dirai pas d'inventer un nouvel instrument, mais de modifier beaucoup l'un de ceux qu'emploient les partisans de l'abaissement. Ma tâche paraîtra sans doute bien difficile à remplir : aussi m'estimerai-je heureux quand même je n'aurais fait que quelques pas vers le but que je veux atteindre; car alors tous mes efforts n'auraient pas été complètement infructueux.

Décrire l'instrument qui me sert pour opérer, décrire le procédé que j'emploie; faire ressortir les avantages que je lui trouve sur ceux usités jusqu'à ce jour; aborder franchement les inconvéniens qu'il peut présenter; telle est la marche que je vais suivre dans cette dissertation.

L'aiguille que j'emploie, et à laquelle je donne le nom de *réclinateur*, a la longueur totale des aiguilles ordinaires; elle se compose d'une lame ayant deux faces, l'une convexe antérieure (par rapport à l'opéré) ou iridienne; l'autre concave postérieure ou cristalline (car je préviens que je me servirai indistinctement de ces dénominations). La convexité de la face antérieure ou iridienne résulte de la réunion de deux pans qui forment une arête mousse sur la ligne médiane. La face postérieure n'a de concavité que dans son diamètre longitudinal, qui est de quatre lignes; elle est tout-à-fait plane transversalement, et diffère beaucoup en cela de l'aiguille de Scarpa, qui offre une vive arête dans ce sens, et de celle de M. Dupuytren, qui présente aussi un renflement dans le même sens, quoiqu'il soit moins prononcé que dans l'aiguille du professeur de Pavie. Le diamètre transversal de cette face est d'une ligne et demie; sa concavité est telle, qu'elle correspond exactement à la convexité du cristallin. La pointe de l'aiguille, loin de se prolonger d'une manière très-déliée, comme celle de M. Dupuytren, se termine au contraire assez brusquement, comme les lancettes à grain d'orge, par exemple. La forme générale de cette petite lame est celle d'un ovale un peu alongé et recourbé sur lui-même. Les deux bords peuvent être distingués en supérieur et en inférieur : le premier doit être parfaitement tranchant dans toute son étendue; le second n'a besoin de l'être que dans sa première moitié en partant de la pointe : cette dernière disposition est prise ici pour éviter la lésion de l'iris, ainsi qu'on le verra plus tard.

Les deux tranchans de la lame se terminent, du côté de la tige, à une partie rétrécie qui porte le nom de *collet*, et au-delà duquel se trouve une marque bleuâtre longue de deux lignes, qui est d'un grand avantage pour faire connaître jusqu'à quel point il est permis d'enfoncer le réclinateur dans le globe oculaire. C'est la même indication qu'a voulu remplir Graefe en ajoutant à son aiguille une petite barre transversale; mais ne voit-on pas de suite tout le vice d'un pareil moyen? La tige métallique qui supporte l'extrémité de l'aiguille a une longueur d'un pouce ou d'un pouce et quart. Enfin, le manche dans lequel la tige est introduite a la longueur des aiguilles ordinaires; il est à quatre pans; l'un d'eux cor-

respond à la face cristalline : il est parcouru dans toute son étendue par deux petites lignes parallèles, de couleur noire, si le manche est en ivoire, et de couleur blanche, si on l'a fait en ébène. Sur le plan qui correspond à la face iridienne de l'aiguille se trouvent, au contraire, trois petites marques arrondies, également séparées les unes des autres ; les deux pans du manche, qui correspondent aux tranchans de la lame, n'ont aucune marque particulière, et doivent par cela même être toujours facilement distingués.

J'ai déjà dit que, dans mon procédé, je me proposais d'enlever aussi complètement que possible non-seulement le cristallin en totalité, mais encore toute sa capsule, et de les repousser intacts dans une partie de l'œil où ils ne pourront plus mettre d'obstacle à la vision. Si j'atteins ce but, il faudra bien convenir que j'ai trouvé la solution d'un problème fort difficile, et qui du reste nous a été posé par l'illustre Scarpa dans son ouvrage sur les maladies des yeux. Voici comme il s'exprime (traduct. de la 5e édit. par MM. Fournier-Pescay et Bégin) : « Ce qui s'oppose le plus souvent à la réussite complète de l'opération de la cataracte, quelle que soit la méthode adoptée, ce n'est jamais le cristallin, malgré sa densité plus ou moins considérable, mais bien la capsule du cristallin attaquée, et plus particulièrement la convexité antérieure de cette capsule. Il serait bien à désirer que l'on parvînt à trouver un moyen facile et efficace qui permît au chirurgien, dans toutes les manières d'opérer la cataracte, de séparer exactement, en même temps que le cristallin opaque, la capsule entière de la lentille de la zône ciliaire à laquelle elle est attachée, comme on l'obtient quelquefois par un hasard heureux et non prévu. »

C'est précisément cette dernière indication que je veux remplir par mon procédé. Je sais bien que certains partisans de l'abaissement se proposent à peu près le même but : nous verrons bientôt comment on à voulu l'atteindre, et surtout si l'on y est parvenu ; j'exposerai ensuite mes idées à cet égard. Mais, pour me faire mieux comprendre, il est indispensable que je rappelle en peu de mots la manière dont le cristallin et sa membrane sont fixés dans l'œil ; et pour qu'on ne m'accuse pas de partialité ou d'exagération dans la description que je pourrais faire, je vais copier textuellement un anatomiste qui honore l'école d'aujourd'hui, et dont l'autorité ne sera révoquée en doute par personne : c'est M. Jules Cloquet qu'on va lire (Manuel d'anatomie, in-4o.).

« De l'intervalle des procès ciliaires et de la surface même de leur extrémité antérieure, se détache une innombrable quantité de petits filamens arrondis, transparens, réunis en faisceaux, que je crois avoir fait connaître le premier, et qui se dirigent vers la circonférence du cristallin pour s'attacher à sa membrane, qu'ils fixent ainsi solidement. Ces filamens s'épanouissent, les uns sur la surface antérieure de la capsule du cristallin, les autres sur sa face postérieure, mais ne s'étendent pas à plus d'une ligne de sa circonférence. On ne peut les apercevoir, à cause de leur extrême ténuité et de leur transparence, à moins d'avoir fait macérer l'œil ouvert dans une dissolution de gallate de fer : c'est alors seulement qu'on peut étudier leur disposition. Ils forment comme autant de petits tendons, qui tiennent en place la capsule du cristallin et ce corps lui-même. Bien plus visibles encore dans certains animaux que dans l'homme, ces filamens ont été à tort regardés comme la lame antérieure de la membrane hyaloïde, à laquelle ils adhèrent en arrière seulement, à l'endroit où ils se séparent du cercle ciliaire. Ce sont eux qui forment la paroi antérieure du prétendu *canal goudronné* de Petit. »

Après avoir examiné comment on se comporte dans les procédés d'abaissement employés jusqu'à ce jour, M. Bergeon expose ainsi son procédé :

Procédé opératoire.

Le malade étant convenablement préparé, et sa pupille préalablement dilatée par l'extrait de belladone ou de jusquiame, on le fera coucher dans un lit placé en face d'une croisée, mais tellement disposé cependant que le jour tombera un peu obliquement sur la cornée. La tête du malade sera relevée par un traversin et deux oreillers ; ses bras, placés sous la couverture, seront facilement retenus par elle. Un aide se tiendra derrière le chevet du lit, dont le bois, à cet effet, sera peu élevé ; il placera une main derrière le cou du malade, tandis que de l'autre il relèvera la paupière supérieure : par ce moyen, la tête et la paupière se trouveront invariablement fixées. Le chirurgien, assis sur le côté du lit opposé à celui de l'œil qu'il devra opérer, trouvera, dans la couche même du malade, un point d'appui d'autant plus commode qu'il pourra le prendre partout où il voudra. L'œil du malade étant tourné en haut et en dedans, l'aiguille sera alors saisie, comme une plume à écrire, de la main droite (si c'est sur l'œil gauche qu'on opère) *et vice versâ*, puis les deux derniers doigts étant appliqués sur la tempe, et l'aiguille dirigée transversalement, de manière que sa face convexe soit supérieure, le chirurgien la portera à deux lignes et demie en arrière de la cornée transparente, et à une ligne au-dessous du diamètre transversal de l'œil ; par un mouvement subit de ponction, il introduira alors toute la lame de l'aiguille derrière le cristallin, mais s'arrêtera au collet de l'instrument dont on comprend sans peine les avantages pour ce temps de l'opération. Toutes les précautions que je viens d'indiquer doivent être prises pour ne pas blesser l'artère ciliaire longue. Au moment où la pointe de l'aiguille touchera la sclérotique, l'extrémité du manche devra être assez basse ; mais il faudra la relever peu à peu, à mesure que la lame pénétrera dans l'intérieur de l'œil.

Avant de passer au second temps de l'opération, on devra faire tourner légèrement le manche de l'aiguille dans ses doigts, de manière que sa face pointée, de supérieure qu'elle était, devienne antérieure. L'aiguille se trouve alors derrière le cristallin dans la même position qu'elle devra occuper bientôt au de-

vant de ce corps. Pour exécuter ce second temps, on baissera la lame en relevant le manche; le bord supérieur, qui est le seul tranchant dans toute son étendue, sera peu à peu dirigé en avant; on le fera passer doucement sous la capsule du cristallin, dont il occupera de cette manière tous les ligamens inférieurs et une moitié des externes; il sera ensuite relevé en passant au-devant du cristallin et de sa capsule. Quelque transparente que soit cette dernière, il sera toujours très-facile, avec un peu d'attention, de reconnaître si l'aiguille se trouve au-devant d'elle ou dans son intérieur. Supposons d'abord le cas le plus heureux, on coupera tous les ligamens internes de la capsule cristalline avec la pointe de la lame, puis l'on portera son tranchant supérieur contre les ligamens supérieurs, et la moitié restante des ligamens externes; enfin, l'aiguille étant ramenée derrière la pupille et dans une direction un peu oblique, on passera au troisième et dernier temps, je veux dire la réclination du cristallin et de sa capsule entière : pour cela on renversera ce corps en arrière, en bas et un peu en dehors, en portant le manche de l'aiguille en haut et en dehors. Ce dernier temps de l'opération est si facile, que l'on est quelquefois étonné de la promptitude avec laquelle il s'opère. Il faudra maintenir le cristallin ainsi déprimé pendant quelques instans, afin que l'humeur vitrée revienne sur lui et l'empêche de se relever; on peut même, pour plus de sûreté, tourner le manche avec douceur dans ses doigts, de manière que sa face pointée devienne inférieure, et que sa face linéaire soit placée en haut.

L'on conçoit que par ce moyen il devient très-facile d'appuyer sur le cristallin avec la face convexe de l'aiguille, lors même qu'on ne pourrait plus la distinguer au fond de l'œil, et que l'on n'a pas la crainte de blesser la rétine et la choroïde avec la pointe du réclinateur. Je suppose maintenant qu'en faisant passer l'aiguille sous le cristallin et la ramenant derrière l'iris, on pénètre entre la lentille et sa capsule, au lieu de chercher à recommencer ce temps de l'opération, ce qui ne laisserait pas que d'irriter l'iris, il vaut mieux porter la pointe du réclinateur au travers de cette capsule, en dirigeant l'extrémité du manche très-fortement vers la tempe du malade. Ainsi saisie, la cristalloïde est déchirée dans la plus grande partie de son étendue, et se trouve entraînée avec le cristallin. Lorsqu'on veut retirer l'aiguille du globe oculaire, et que sa face linéaire est tournée en haut, on doit relever graduellement l'extrémité du manche; il faut au contraire la baisser peu à peu quand c'est la face pointée qui est dans cette direction. On voit que, jusqu'à présent, dans le procédé opératoire, j'ai seulement considéré la première variété de la première espèce de la cataracte, c'est-à-dire celle qui est cristalline dure. Je devrais maintenant examiner le cas où elle est molle, celui où elle est diffluente; enfin ceux où elle est capsulaire et mixte; mais comme mon procédé est applicable à tous ces cas, je ne décrirai rien en particulier, me réservant d'en dire un mot en parlant des nombreux avantages que j'attribue à mon aiguille-réclinateur.

Les avantages de ce procédé sont, selon l'auteur, les suivans :

1° L'opération est plus facile que dans les autres méthodes;

2° Elle est plus efficace.

M. Bergeon passe ensuite en revue l'action des aiguilles dans les différentes espèces de cataractes, et trouve que l'utilité de son instrument est surtout évidente dans les cataractes molle, liquide ou laiteuse, capsulaire et capsulo-lenticulaire, etc. Il s'attache ensuite à combattre les objections que l'on pourrait faire à son procédé; la seule qui lui paraisse fondée est celle-ci; qu'en glissant sur l'iris et en touchant le corps ciliaire en quelques points, on peut donner lieu à une inflammation interne du globe oculaire; mais les autres procédés ne sont pas exempts de ces reproches.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(Leçons de M. Andral.)

Des Convulsions (1).

(Deuxième et dernier article; suite du n° 119.)

Un état opposé, et, par exemple, l'anémie, conduit aux mêmes résultats, et fournit un nouvel exemple remarquable de causes tout-à-fait indifférentes amenant les mêmes phénomènes morbides. L'anémie peut survenir spontanément, comme dans la chlorose; et dépendre d'un vice dans la sanguification; alors elle produit directement ou agrave considérablement les convulsions. On doit aussi tenir compte de l'altération des qualités et de la quantité du sang, et surtout de la prédominance du sérum et de la diminution de la matière colorante, comme on le voit dans nos salles chez un grand nombre d'enfans qui sont pâles et languissans, ont un teint de cire, et chez lesquels le vice de l'hématose, est le résultat de quelque maladie particulière, d'une nourriture insuffisante ou de quelqu'autre cause inconnue. Les hémorrhagies abondantes déterminent aussi fréquemment, comme tout le monde le sait, des convulsions : c'est ce qu'on voit chez les animaux que l'on saigne à mort dans les boucheries; chez l'homme, et surtout chez les enfans, après une hémorrhagie abondante, spontanée ou à la suite d'une blessure. Une hémorrhagie nasale chez les enfans, quoique peu abondante, chez les adultes quelques opérations, chez la femme une hémorrhagie utérine pendant l'accouchement ou par suite d'un cancer uterin, déterminent quelquefois le même résultat. Il faut donc

(1) Nous avons, il y a quelque temps, publié un résumé de cette leçon de M. Andral; mais comme alors nous n'avons insisté que sur le traitement, nous avons pensé que nos lecteurs ne seraient pas fâchés de nous voir la compléter, en publiant dans tous ses détails la partie relative aux causes et aux symptômes. (*N. du R.*)

admettre que pour le développement des convulsions, le cerveau est également affecté par un abord trop considérable ou insuffisant du sang. Il paraît bien prouvé que le cerveau, pour qu'il puisse présider convenablement aux actes importans qui sont sous sa dépendance, doit recevoir une espèce de commotion mécanique du système circulatoire. Quand cette secousse manque, on voit survenir la syncope; quand elle est en excès, la compression et ses phénomènes; mais à un degré inférieur, ces deux sortes de trouble produisent le même effet, les convulsions. Au rang des altérations du sang qui agissent de cette manière, il faut placer le mélange avec diverses substances étrangères; tel est le camphre à doses élevées; et une épidémie remarquable qui a sévi en Allemagne il y a peu d'années, et qui s'accompagnait de convulsions, a été positivement attribuée au mélange de plantes vénéneuses à la nourriture des personnes qui tombaient malades. Les épidémies d'*ergotisme* convulsif fournissent encore des exemples de ce genre. Il faut aussi ranger dans cette classes des causes, la transfusion du sang.

On peut encore signaler d'autres causes; l'une d'elles est assez singulière, et néanmoins son existence est affirmée par de bonnes autorités. Des émotions mentales, fortes et étranges ont, dans quelques cas, altéré le lait et donné des convulsions aux enfans. Mais ce qui est peut-être encore plus curieux, c'est que l'on cite des cas, Sœmmering en rapporte un exemple où le lait des femmes qui nourrissaient sans inconvénient leurs propres enfans, donnait des convulsions à d'autres. En général, tous les désordres des sécrétions peuvent être considérés comme causes des convulsions. La suppression des sécrétions produit le même effet; une trop grande activité dans la nutrition ou la croissance excessive chez les enfans, diverses affections de la peau : certains accidens comme la piqûre par des épingles qui attachent les langes, l'irritation qui précède une éruption cutanée, peuvent quelquefois déterminer des convulsions violentes. C'est quelquefois aussi dans les organes génitaux que réside la cause; les convulsions suivent souvent l'abus du coït, et l'onamisme, surtout chez les femmes.

Quelques femmes sont prises de convulsions à l'époque de la première menstruation, d'autres à chaque retour des règles; chez quelques-unes l'état de grossesse interrompt ces accès réguliers; mais chez d'autres les convulsions reparaissent tous les mois, bien que les règles soient supprimées. Diverses lésions organiques du cerveau et du système nerveux, telles que la présence de tubercules, de concrétions, etc., ont un double effet comme causes prédisposantes et déterminantes. Enfin, les cas ne sont pas rares où aucune cause ne peut être assignée à la maladie.

Décrivons brièvement et d'une manière générale les symptômes de cette affection. Que des convulsions surviennent pendant le cours d'autres maladies, ou brusquement dans un état de santé apparente, les mouvemens que nous avons indiqués se déclarent, et peuvent prendre un millier de formes diverses, ou se borner à un point du corps. Ainsi, elles peuvent affecter exclusivement les organes de la respiration en totalité ou en partie; le diaphragme peut se contracter d'une manière anormale et déterminer les symptômes les plus effrayans. Les muscles du larynx peuvent être affectés de manière à produire des cris singuliers et involontaires. Le cœur peut aussi être le siége des convulsions, ainsi que la tunique musculaire des intestins et de l'estomac, et dans ce cas surviennent des déjections involontaires, des vomissemens fréquens. La face est très-souvent convulsée, puis viennent les extrémités supérieures et inférieures, et enfin les muscles du tronc. C'est une variété de convulsions où l'intelligence conserve son intégrité, et le malade la conscience de son état. D'autres fois, au contraire, il n'a aucun sentiment de sa situation. Pendant l'accès, le pouls ne présente aucun phénomène constant. La respiration est souvent embarassée, ce qui dépend évidemment d'un obstacle à son action mécanique par les mouvemens convulsifs des muscles thoraciques. La peau reste ordinairement très-sèche pendant le paroxysme, et ne prend de la moiteur qu'à la fin. L'urine est également supprimée d'abord, et coule ensuite en grande abondance et limpide. Après l'accès, les muscles affectés sont ordinairement le siége de vives douleurs, et quelquefois présentent une ecchymose considérable; leurs fibres peuvent être déchirées, les os fracturés, courbés ou luxés, surtout chez les jeunes sujets. La durée d'un accès est, comme celle de la maladie, fort incertaine : elle peut se terminer par la mort, par le retour à la santé ou par une convalescence incertaine. En général, les rechutes sont très-fréquentes, la maladie peut aussi se terminer par une hémorrhagie, un flux de ventre, ou quelqu'autre évacuation. Un fait remarquable observé par M. Husson, est la fréquente interruption des convulsions par la vaccine. Enfin les convulsions peuvent déterminer diverses maladies cérébrales, ou devenir immédiatement mortelles en déterminant une congestion cérébrale ou une asphyxie complète, due aux contractions convulsives du cœur, du diaphrahme, du larynx ou des parois du thorax.

LANCETTE DU 3, N° 122.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Guersent.

Phthisie pulmonaire chez un enfant de quatre ans, issu d'une mère phthisique; mort; nombreuses cavernes dans les poumons; dégénération tuberculeuse des glandes du mésentère; ulcérations de la muqueuse intestinale.

Jean-Baptiste Lefèvre, âgé de quatre ans, vacciné, n'ayant eu ni rougeole, ni coqueluche, ni exsudation du cuir chevelu, ni engorgement des glandes cervi-

cales, a joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de trois ans et demi : à cette époque il a commencé à tousser. La toux, légère d'abord, cessait et reparaissait par intervalles; enfin deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle s'exaspère notablement, s'accompagne de fièvre et de diarrhée. L'enfant maigrit progressivement; il éprouvait chaque nuit des sueurs abondantes. Sa mère est morte phthisique à l'âge de vingt-cinq ans; son père jouit d'une bonne santé.

Le 12 septembre, jour de son entrée, il nous offrit l'état suivant : peau blanche, satinée, cheveux blonds, yeux bleus, cils très-larges, intelligence très-développée; la face est pâle et bouffie, le ventre est très-volumineux; il contraste avec la maigreur des membres inférieurs; il est très-tendu, météorisé; la langue est naturelle, l'appétit conservé; une diarrhée abondante existe; cinq ou six évacuations chaque jour. La toux est grasse, extrêmement fréquente : l'expectoration nulle. L'oreille, appliquée sur les parois thoraciques en arrière, entend dans presque toute leur étendue du gargouillement et de la pectoriloquie. Ces phénomènes sont plus prononcés à droite; le son rendu par la percussion est généralement clair. En avant, le gargouillement et la pectoriloquie sont manifestes sous la clavicule droite; le côté gauche n'offre rien de particulier. La peau est moite, le pouls est à 92. *Mauve, julep gommeux, lavement avec décoction de têtes de pavot et de racine de guimauve, crême de riz.*

Les jours suivans, le malade ne présente rien de remarquable. La diarrhée persiste toujours avec la même intensité. Du reste, le malade ne se plaint pas, il n'accuse aucune douleur de poitrine. Le ventre n'est pas très-douloureux à la pression; le palper pratiqué avec soin ne peut y faire découvrir l'existence d'aucune tumeur. On continue la même prescription.

Le 18, le malade s'affaisse, le pouls s'accélère, le cou et la partie antérieure du thorax sont couverts de *sudamina*, les sueurs nocturnes sont extrêmement abondantes; elles affectent surtout la tête et les parties supérieures du tronc. Respiration caverneuse, gargouillement et pectoriloquie. Nombreuses évacuations liquides et jaunâtres chaque jour. Les selles sont le plus souvent involontaires; le pouls est irrégulier, il bat 120 fois par minute; on entend les battemens du cœur sous la clavicule droite; la respiration est à 48; la toux est toujours très-fréquente. *Riz édulcoré, julep gommeux; lavement avec diascordium, lait.*

Le 23, la face est plombée, les extrémités sont violacées et froides, le pouls est fréquent, presque insensible; la dyspnée est intense, la voix affaiblie; cependant le malade conserve toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles; au moment de la visite il demande à se lever et à manger. Quelques heures après il succombe.

Nécropsie, 42 heures après la mort.

Poitrine. Anciennes adhérences du poumon à la plèvre costale, soit à droite, soit à gauche. La cavité pleurale gauche contient quelques cuillerées de sérosité citrine sans flocons albumineux. De nombreux tubercules existent dans les fausses membranes qui tapissent les plèvres. Tous les ganglions bronchiques sont tuberculeux. L'épiglotte et le larynx sont pâles; la trachée-artère présente de la rougeur dans l'intervalle des cerceaux cartilagineux; les bronches sont uniformément rouges et remplies de mucosités puriformes. Dans le lobe supérieur du poumon droit existe une excavation tuberculeuse pouvant loger une pomme d'api; elle est remplie de pus et d'un liquide épais, de couleur lie-de-vin. Les deux autres lobes contiennent de nombreux tubercules crus et ramollis; dans le lobe inférieur existent deux cavernes pouvant loger chacune une noisette.

Les deux lobes du poumon gauche contiennent également plusieurs cavernes, dont la plus vaste existe dans le lobe inférieur. Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité jaunâtre. A la surface du cœur existe une plaque blanchâtre occupant une étendue d'un demi-pouce carré.

Abdomen. La muqueuse gastrique est d'un blanc-grisâtre, et n'offre pas de ramollissement. L'estomac offre une assez grande capacité. Il n'existe aucune ride à la surface interne. Les ganglions mésentériques sont transformés en masses tuberculeuses, dont l'une a le volume d'un œuf de poule. La rate n'offre pas d'altération. Le foie présente à l'extérieur une couleur grisâtre; du reste il ne contient aucun tubercule. Plusieurs anses intestinales, adhèrent entre elles à l'aide de fausses membranes parsemées de granulations tuberculeuses. L'intestin grêle est pâle dans ses deux tiers supérieurs; dans son tiers inférieur existent quinze ulcérations offrant presque toutes la forme annulaire, et contenant pour la plupart à leur pourtour des tubercules crus et ramollis. A l'origine du colon, se trouve également une vaste ulcération de forme annulaire, ayant environ un pouce de largeur. La muqueuse du reste du gros intestin est pâle, amincie et ramollie.

La tête n'a pas été ouverte.

Réflexions. La phthisie pulmonaire est une maladie aussi commune chez les enfans que chez les adultes. Un tiers et plus des enfans qui succombent à l'hôpital offrent des tubercules dans les poumons et dans d'autres organes. Mais il est rare que la phthisie acquière le haut degré de développement qu'elle nous a présenté chez ce sujet. Les enfans phthisiques résistent bien moins long-temps que les adultes, et succombent pour la plupart à des phlegmasies du poumon ou de l'intestin, déterminées par la présence de tubercules à l'état de crudité. Aussi, dans les cas divers que nous avons observés, la percussion et l'auscultation ont-elles rarement fourni des signes aussi précis que chez l'enfant qui fait le sujet de cette observation. A l'époque où ces moyens d'investigation étaient inconnus, on aurait déclaré cet enfant atteint de *carreau*. La diarrhée opiniâtre, la forme et le volume du ventre, contrastant avec la maigreur des membres inférieurs, nous portaient à soupçonner une altération des ganglions mésentériques; mais elle n'a pu être constatée pendant la vie. Du reste,

quoique la nécropsie nous révèle l'existence de graves désordres dans la cavité abdominale, le malade est évidemment mort par le poumon, qui était presqu'entièrement désorganisé.

L'influence de l'hérédité, dans ce cas, ne saurait être contestée. Les renseignemens que nous avons obtenus sur la mort de la mère et sur la marche de la maladie qui l'a conduite au tombeau, ne nous ont pas permis de douter qu'elle n'ait succombé à la phlegmasie pulmonaire. Cet enfant était unique, et il a été moissonné par la même affection. Nous avons eu occasion de constater l'influence de cette cause chez un grand nombre de jeunes malades qui sont morts phthisiques à l'hôpital des Enfans; et ici nous sommes en désaccord avec MM. Louis et Piorry, qui ont signalé l'influence de l'hérédité chez les adultes, le premier dans un dixième, et le second dans un treizième des cas seulement. Du reste, pour se rendre compte de cette différence de résultats chez les adultes et chez les enfans, il suffit de savoir qu'un grand nombre d'enfans succombent à la phthisie, et que la plupart des enfans issus de parens tuberculeux succombent dans un âge tendre.

LANCETTE DU 5, N° 123.

HOTEL-DIEU DE TROYES.

Taille urétro-vésicale sur une jeune fille de six ans, par M. Bédor, chirurgien en chef.

Eu égard à la rareté reconnue des calculs vésicaux chez les femmes, je crois devoir prendre occasion de la taille urétro-vésicale que vient de pratiquer M. Dupuytren, à sa clinique, et dont je lis l'observation dans votre numéro de samedi dernier, pour vous communiquer succinctement ce qu'offrit de particulier une pareille opération que je fis, il y a dix-huit ans, à l'Hôtel-Dieu de Troyes, sur un enfant dans sa sixième année.

On amena dans mon service cette petite fille, devenue depuis une jeune femme de fort belle complexion (madame Lunier-Cordier, boulangère au village du Pont-Hubert, près Troyes), portant dans la vessie un calcul très-facile à constater, et manifestement déjà volumineux pour l'âge de la malade.

Dès le premier examen que j'en fis, je ne jugeai pas plus devoir m'arrêter à la méthode par dilatation, que le grand chirurgien que vous citez n'en établit le précepte en pareil cas. Cette jeune calculeuse tenue solidement sur les genoux d'un aide, les mains liées aux pieds dans la situation usitée, et tous ses mouvemens contenus par deux aides, le lithotome caché fut introduit sans conducteur dans la vessie; puis, retiré ouvert au nombre *f*, il divisa, en sortant, la partie supérieure de l'urètre et les tissus intermédiaires jusqu'au ligament sous-pubien. La pierre ensuite saisie avec une petite tenette droite; fut bien amenée à l'ouverture opérée, mais elle se trouva beaucoup trop volumineuse pour pouvoir la franchir. Il n'y avait plus à agrandir son passage en incisant à la partie supérieure. Je me décidai à le faire inférieurement, malgré les opinions contraires qui ont été professées, et, portant le tranchant d'un bistouri droit d'abord sur la cloison urétro-vaginale, puis sur celle vésico-vaginale, je les incisai d'environ un demi-pouce, après quoi le calcul fut amené sans grande violence au dehors.

Cette pierre, l'une de celles conservées dans notre collection de l'hôpital à Troyes, avait la forme et le volume d'une forte noix. Il y eut peu de sang et nul accident ne se manifesta. La vessie lavée par des injections d'eau de guimauve tiède, et la jeune opérée retenue au lit les cuisses fléchies en les maintenant rapprochées, dès la seconde semaine elle retenait déjà et rendait à volonté ses urines. Au bout d'un mois, elle était bien guérie.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Chute sur la tête; érysipèle phlegmoneux des tégumens du crâne; nombreuses collections purulentes; complications graves; mort; autopsie.

L'érysipèle phlegmoneux des tégumens du crâne, dit M. Dupuytren, est un des plus importans à connaître à cause de sa fréquence, de la gravité de ses symptômes et du traitement actif nécessaire pour prévenir sa terminaison, souvent funeste.

Un malade couché il y a peu de jours encore à Ste.-Marthe, nous a offert un exemple de terminaison funeste de ce genre de phlegmon.

Agé de 53 ans, d'une constitution assez bonne, mais usée par le travail, Millaingrand (Jacques), entra à l'Hôtel-Dieu le 18 septembre dernier. Cet homme exerçait l'état de journalier, travaillait beaucoup, se nourrissait mal. Quelques jours avant son entrée, il était occupé à charger des pierres, lorsqu'en descendant de la voiture sur laquelle il était placé, il tomba sur le sol, et tout le poids du corps porta principalement sur le sommet de la tête. Pendant les quatre premiers jours, il se ressentit peu de cet accident; mais la maladie s'annonça le cinquième par de la céphalalgie, du trouble dans le sommeil, et d'assez vives douleurs. Il se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis et couché au n° 36 de la salle Ste.-Marthe.

A son entrée, les caractères du phlegmon étaient les suivans : la peau, atteinte d'inflammation édémateuse, avait blanchi, se déprimait sous la pression des doigts, et ne reprenait que lentement son niveau. L'attouchement des cheveux causait au malade de vives douleurs; en même temps il y avait fièvre considérable accompagnée même de délire;

le malade prétendait être guéri, et demandait sa sortie.

Le coma survint bientôt, et les frissons annoncèrent la formation du pus, lequel d'abord disséminé dans les aréoles du tissu lamineux, se rassembla dans un assez vaste foyer sur le sommet de la tête, puis forma plusieurs abcès, à la tempe du côté droit d'abord, au bord supérieur de l'arcade orbitaire gauche, etc.

Les symptômes étant devenus très-intenses, le chirurgien débrida par des incisions les parties, afin d'empêcher que la gangrène ne fût la suite de l'étranglement des parties; une assez grande quantité de pus d'assez bonne nature s'écoula de ce foyer; par des pansemens fréquens on favorisa la sortie du pus, et on prévint de cette manière son séjour dans les plaies. *Un vomitif, des purgatifs, des lavemens légèrement irritans* furent donnés au malade. *Boissons délayantes, chiendent nitré.*

L'érysipèle s'étant étendu à la face, on le combattit par des *vésicatoires* appliqués sur les joues. Ce traitement énergique amena un peu d'amendement dans la marche de la maladie; le lendemain cet homme demandait des alimens et toujours sa sortie; mais, ainsi que le professeur le redoutait, cette amélioration ne se soutint pas long-temps.

En effet, le second jour il y avait exaspération de tous les symptômes : somnolence, délire (le malade se leva tout seul la nuit et erra pendant quelques instans autour du lit de ses voisins); le lendemain, à la visite, surdité, nulles réponses aux questions, abattement général; le pouls était fréquent, plein, résistant; la chaleur, peu élevée dans le reste du corps, était encore assez vive à la face; les dents et les lèvres sèches; enfin le lendemain, coma profond, délire continuel, lèvres toujours sèches, fuligineuses; langue aride et racornie; tous ces symptômes furent suivis de la mort, qui arriva le 27 septembre, dix jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie donna pour résultat principal une infiltration prononcée des meninges et des lobes du cerveau, un épanchement considérable de sérosité à la surface de ce viscère et dans les fosses occipitales.

— Cet homme a été moins heureux qu'un malade couché encore actuellement au n° 60 de la salle Ste.-Marthe, et dont nous avons rapporté déjà l'histoire dans deux numéros de la *Gazette des Hôpitaux*.

Par suite de la même maladie, il a eu toute la voûte du crâne nécrosée. Non-seulement il ne lui reste qu'une fistule au-devant du frontal, mais son état général est des plus satisfaisans; son appétit est bon, ainsi que ses digestions; toutes ses autres fonctions sont libres, et son visage annonce une santé entièrement rétablie.

—

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de MM. Guersent et Baudelocque.

Depuis la réapparition du choléra, sept malades atteints de cette affection ont été admis à l'hôpital des Enfans, quatre filles et trois garçons. Le plus jeune d'entre eux était âgé de six ans, le plus avancé en âge avait douze ans. Cinq de ces sept malades ont succombé. Ils étaient tous gravement affectés, et ils n'ont été amenés à l'hôpital que lorsque la maladie était au-dessus des ressources de l'art. Ils appartenaient tous à des familles malheureuses, entassées, dans des chambres mal aérées. Quelques-uns avaient mangé une grande quantité de fruits peu de temps avant l'invasion. Il faut dire cependant que presque tous les malades, si on en excepte une jeune fille phthisique, étaient vigoureusement constitués, et que rien n'annonçait chez eux une vie de privation.

Première observation. *Choléra peu intense; vomissemens et déjections blanchâtres; suppression des urines, sans crampes, sans cyanose; emploi de la glace à l'intérieur, des émissions sanguines et des narcotiques; guérison.*

François Thiébaut, âgé de huit ans, d'une taille élevée, d'un embonpoint assez marqué, habite, avec sa mère et un autre enfant en bas âge, une petite chambre dans le marché Boulainvilliers, rue du Bac, n. 12. Cet enfant, après une crue rapide, a été pris de palpitations et de dyspnée, qui s'exaspérèrent par intervalle, et ont nécessité deux ou trois fois l'emploi de la saignée générale. Il tousse et éprouve de l'essoufflement après le plus léger exercice.

Dans la nuit du 26 au 27 septembre, sans cause connue, il est pris subitement de vomissemens et de diarrhée, accompagnés de douleurs abdominales fort intenses. Ces symptômes persistent dans la matinée; sa mère le fait transporter à l'hôpital à onze heures. A son arrivée, la peau est médiocrement chaude, le pouls est assez développé et présente de la fréquence; la face exprime l'anxiété et la souffrance; le malade accuse des douleurs vives de l'abdomen, qu'exaspère la pression. Les vomissemens et la diarrhée persistent; les urines sont supprimées depuis l'invasion. L'interne de garde fait appliquer quinze sangsues sur l'abdomen, et prescrit la glace à l'intérieur. A deux heures, la face est plus altérée, les yeux sont excavés et entourés d'un cercle livide; le pouls est devenu plus faible, la diarrhée persiste; on administre un demi-lavement avec dix gouttes de laudanum. Pendant la nuit le malade a poussé des cris continuels. Il s'est plaint constamment des douleurs de ventre; il a continué à vomir, mais il n'a pas évacué après le lavement. Les selles rendues avant l'injections du laudanum étaient semblables à une légère décoction de riz. La matière des vomissemens n'est

autre chose qu'un liquide aqueux au milieu duquel nagent quelques mucosités.

Le 28, à la visite du matin, décubitus dorsal, altération des traits, abattement, peau chaude, pouls assez développé, 120 pulsations, respiration haute, costale; 32 inspirations par minute. La langue est large, humide et chaude, la soif est vive; le malade prend la glace avec plaisir; le ventre est toujours très-douloureux à la pression, il est assez bien conformé, et ne présente pas de ballonnement. Nausées sans vomissemens, pas de déjections depuis l'administration du lavement laudanisé de la veille, pas d'urine depuis l'invasion. 15 *sangsues sur l'abdomen, eau de Seltz coupée avec l'eau de riz, morceaux de glace à sucer, cataplasmes laudanisés sur le ventre après la chute des sangsues,* 6 *grains de sous-nitrate de bismuth, toutes les deux heures, s'il se manifeste des crampes.*

Le soir, le pouls bat 120 fois par minute, il est assez vif, la face est moins altérée, le malade est très-calme; il a vomi deux fois dans la journée; il n'a pas uriné.

Le 29, face rouge, amincie, peau généralement chaude, teinte rosée des extrémités, céphalalgie, pouls plein, à 92; langue naturelle, soif vive; un vomissement de matières liquides verdâtres, pas de déjections, ventre peu douloureux à la pression. La respiration est peu fréquente, 24 inspirations par minute. Le malade urina fort abondamment immédiatement après la visite. Les intellectuelles sont intactes. Le malade rend assez bien compte de son état. *Même prescription, pas de sangsues, lavement émollient.*

Le 30, pouls à 70, peau chaude et moite; les traits du visage s'épanouissent, la céphalalgie a disparu; pas d'évacuations ni de vomissemens; le malade a uriné plusieurs fois; il n'éprouve, dit-il, d'autre douleur que celle qui est produite par l'inflammation des piqûres de sangsues. *Décoction de gruau, cataplasme émollient sur le ventre, lavement émollient, diète.*

Le 1er octobre, face pâle, pouls vif et raide sans fréquence, langue naturelle, pas de nausées ni de vomissemens; évacuation d'une petite quantité de matières solides après le lavement. *Lait coupé.*

Le 2, pas de changement notable. *Bouillons.*

Le 3, deux évacuations de matières solides; pouls à 80, ventre indolent, soif médiocre, appétit. *Bouillons et potages.*

Le 6, il est entièrement guéri; il se lève et se promène dans les salles.

Dans ce cas les vomissemens, les déjections blanchâtres, la suppression des urines et de la bile, qui avait dû colorer les matières excrétées, suffisaient pour caractériser la maladie. Heureusement elle n'a pas marché avec cette effrayante rapidité que nous avons fréquemment observée en 1832, et dont plusieurs malades nous ont offert des exemples depuis la réapparition de l'épidémie. D'ailleurs, l'entrée à l'hôpital du malade peu d'heures après l'invasion des premiers accidens, a permis d'en enrayer la marche. Après l'administration du premier lavement laudanisé, les évacuations ont été supprimées. Dès le lendemain l'écoulement des urines a eu lieu, et dès lors on a porté un pronostic favorable, que la marche subséquente de la maladie a pleinement justifié.

Les deux autres garçons admis dans le même service ont présenté des symptômes plus graves, et ils ont succombé peu de temps après leur entrée à l'hôpital.

Deuxième observation. *Choléra algide avec cyanose et insensibilité du pouls; mort* 48 *heures après le début des premiers symptômes.*

François Chotard, âgé de douze ans, demeurant rue Guérin-Boisseau, n. 12, fut transporté à l'hôpital le 2 octobre, à deux heures après-midi. Il accusait vingt-six heures de maladie.

Le 30 septembre et le 1er octobre, il mangea une assez grande quantité de raisin sans éprouver le moindre malaise.

Le 1er octobre il travailla jusqu'à dix heures, mais il fut tout-à-coup pris de diarrhée et de vomissemens, et obligé de suspendre ses occupations. Il s'alita, et prit seulement pour boisson quelques tisanes insignifiantes.

Le 3 octobre, altération profonde des traits, yeux excavés, entourés d'un cercle livide, teinte violacée des extrémités, déjections blanchâtres, multipliées et involontaires, pas de vomissemens, pas de crampes, pouls petit, encore sensible, pas d'urines, facultés intellectuelles intactes. L'interne de garde prescrit une infusion de thé, une potion éthérée, des sinapismes aux membres inférieurs et quelques moyens de calorification.

Le 3 octobre, à la visite du matin, face violacée et tiède, même teint et même température des extrémités supérieures et inférieures; yeux excavés, immobiles, pupilles dilatées, sclérotiques injectées, pouls insensible aux artères radiales; l'artère crurale donne 136 pulsations, la respiration est haute, costale, 40 inspirations par minute; trismus, écume à la bouche, ventre chaud, bien conformé, sans météorisme, douloureux à la pression. Évacuations nombreuses de matières blanchâtres; pas d'urine. Le matin, le malade avait répondu encore à quelques questions, mais à huit heures, il avait entièrement perdu connaissance. M. Beaudeloque fait la prescription suivante : *Acétate d'ammoniaque* 2 *gros dans* 6 *onces d'infusion de camomille, sinapismes sur les jambes et les cuisses, frictions sur le rachis avec un liniment ammoniacal, infusion légère de camomille pour boisson ordinaire, saignée de deux palettes*, si la réaction survient... A dix heures, le malade avait cessé d'exister.

Nécropsie 24 *heures après la mort.*

Habitude extérieure. Pas de rigidité cadavérique. Teinte livide de toute la périphérie cutanée, à l'exception des parties des extrémités inférieures sur lesquelles les sinapismes ont été appliqués. Muscles très-développés. Embonpoint considérable.

Cerveau. Les vaisseaux des méninges et de la périphérie sont fortement injectés. Les sinus sont gorgés

d'un sang liquide. La dure-mère adhère à l'arachnoïde qui tapisse la partie moyenne du bord interne des hémisphères au niveau des glandes de Pachioni, qui sont très-développées. L'arachnoïde conserve sa transparence, et se détache partout des circonvolutions. Elle est sèche. Les substances corticales et médullaire du cerveau présentent une coloration normale. Elles ne sont ni indurées, ni ramollies. Les ventricules ne contiennent pas de sérosité. Le cervelet et la protubérance annulaire ne présentent aucune altération.

Abdomen. Tous les organes contenus dans cette cavité sont chauds. Les poumons, secs à leur surface, sont très-développés; ils sont crépitans et perméables à l'air dans toute leur étendue. Le poumon droit présente quelques adhérences anciennes. Les plèvres sont sèches. La langue, la trachée-artère, les bronches et les ganglions bronchiques ne présentent aucune altération. Le cœur et les gros vaisseaux sont gorgés de sang liquide.

Poitrine. La surface externe du canal intestinal offre une couleur hortensia très-prononcée. Le péritoine est sec; la muqueuse gastrique présente dans toute son étendue un état mamelonné des plus marqués. Elle est d'un gris rosé; sa consistance est normale. L'intestin grêle contient une grande quantité de liquide blanc jaunâtre, qu'on pourrait comparer à une décoction de riz dans laquelle on aurait délayé un jaune d'œuf. La muqueuse est pâle; on aperçoit vers la fin de l'iléon deux ou trois plaques dont la coloration ne diffère pas de celle du reste de la muqueuse. Le liquide contenu dans le gros intestin et d'un blanc mat. La muqueuse présente une foule de follicules muqueux, presque confluens, assez saillans et ombiliqués à leur centre; elle est légèrement rosée; sa consistance est normale. Les ganglions mésentériques sont sains. La rate, de volume ordinaire, est ferme; le foie ne présente rien de remarquable; la vésicule biliaire contient une bile noirâtre très-épaisse. La vessie est rétractée, et ne contient pas une seule goutte d'urine.

Troisième observation. *Choléra algide, mort au bout de quinze heures.*

Desportes, âgé de six ans, d'une forte constitution, système musculaire très-développé, mangea une très-grande quantité de poires molles dans la journée du 30 septembre; il en rejeta une partie par le vomissement, et continua à se livrer à ses jeux habituels pendant le reste de la journée. La nuit fut assez calme. Mais le lendemain, à six heures du matin, vomissement et diarrhée, refroidissement de la peau, quoique le malade accuse une vive chaleur, teinte violacée des extrémités; on appelle le médecin des indigens du quartier qui le fait transporter à l'hôpital des Enfans.

A son arrivée, cyanose, insensibilité du pouls, refroidissement des extrémités, évacuations blanchâtres par haut et par bas. On le réchauffe, on donne un lavement laudanisé qui supprime les évacuations, et une infusion de camomille à l'intérieur. — Nulle réaction. — Mort à neuf heures du soir.

A la nécropsie, mêmes altérations que chez le sujet de l'observation précédente.

— Dans la division des filles, on a admis quatre malades dont trois ont succombé. Elles ont présenté des symptômes et des altérations analogues. Chez deux d'entre elles, on a trouvé une très-grande quantité de vers dans le tube intestinal. Aucun de ces sept malades n'a présenté de crampes.

HOPITAL DE DUBLIN.

—

Des Convulsions chez les enfans,

PAR LE DOCTEUR GRAVES.

Nous avons publié dans deux de nos derniers numéros les leçons de M. Andral sur les convulsions en général; nos lecteurs ne seront pas fâchés de rapprocher des idées du professeur français celles d'un praticien distingué d'Irlande, M. Graves. Voici donc sa leçon sur les convulsions chez les enfans en particulier, consignée dans le London medical and Physical journal.

« Les convulsions chez les enfans sont occasionées par un grand nombre de causes diverses.

La première est la dentition. Quelques personnes ne croient pas à l'action de cette cause; rien n'est plus vrai cependant. La dentition détermine un grand degré d'irritation dans le système nerveux; et l'irritation du cerveau jointe à une tendance à l'hydrocéphale, produit les convulsions; mais, dans beaucoup de cas, et surtout chez les jeunes enfans, les convulsions sont occasionées par une irritation intestinale.

Je n'ai pas l'intention de parler des formes produites par la dentition ou l'irritation cérébrale; car, sur ces matières, les ouvrages de médecine donnent des informations suffisantes. Je me bornerai donc à quelques observations sur celles qui dépendent de l'irritation intestinale. Comme elles sont dues fréquemment à des causes qui affectent la digestion et produisent un changement dans le mode de nutrition, on les voit paraître très-souvent aussitôt après la naissance. L'enfant qui, peu de temps auparavant, se nourrissait par le placenta, est maintenant en rapport avec les ingesta. De ce changement subit, s'il existe une cause d'irritation dans les organes de l'enfant ou dans sa nourriture, suit rapidement un état pathologique des intestins. C'est aux suites de cette affection, qui se manifeste aussitôt après la naissance, que les nourrices ont donné le nom de *convulsions du neuvième jour.* Plus tard, quand un autre changement se fait, et qu'on retire le lait de la nourrice, les enfans sont également sujets à des accès de convulsions; ce sont les *convulsions du sevrage.*

En somme, la première année, les enfans sont très-exposés aux convulsions par diverses causes. Si la

mère fait usage d'une nourriture ou d'une boisson nuisible, si elle a une mauvaise santé, si elle éprouve quelque affection mentale, la qualité du lait change aussitôt.

Il a été prouvé dernièrement que la coutume adoptée par quelques personnes, de ne sévrer les enfans qu'à un an ou dix-huit mois, n'est ni naturelle, ni avantageuse. Tous les enfans peuvent être sevrés à neuf mois. Toutes ces circonstances, auxquelles on peut joindre un excès de nourriture (ce qui est très-commun), dérangent l'action des intestins, y produisent un état d'irritation auquel succèdent les convulsions.

Donnons ici quelques explications. Lorsqu'on est appelé pour un cas de convulsions chez un enfant, on ne doit pas oublier qu'elles sont très-fréquemment occasionées, surtout dans les premiers six mois, par la cause que nous venons d'indiquer, et qui doit par conséquent attirer toute notre attention.

Je me rappelle le temps où l'on traitait tous les cas de convulsions comme si elles étaient dues à un état cérébral, et où les antiphlogistiques, le calomel et les révulsifs cutanés étaient indistinctement employés contre toutes les formes de cette maladie. Si un enfant était pris d'un accès convulsif, on disait aussitôt : voilà une inflammation ou une congestion du cerveau; des sangsues étaient appliquées à plusieurs reprises, le calomel donné à hautes doses, les coquilles d'œuf, les œufs d'écrevisse et d'autres absorbans administrés, et les malheureux enfans étaient cruellement tourmentés par des vésicatoires sur la tête. J'en ai vu appliquer un si grand nombre, que l'enfant ne savait plus où reposer sa tête. Nous devons au docteur Gowe d'avoir signalé chez les enfans un état d'embarras de la tête, avec assoupissement et tendance aux convulsions, dans lequel la saignée ne doit pas être employée, et où les narcotiques et même les stimulans peuvent être administrés avec avantage. Le docteur Locock assure que les convulsions de ce genre peuvent être reconnues à la dépression de la fontanelle; c'est ce que je n'ai pas encore vérifié. Quant aux sangsues, je dois faire observer que l'application d'une seule chez un enfant équivaut à une saignée chez un adulte; et combien de fois n'avons-nous pas vu ces applications répétées chez les enfans jusqu'à ce que, pâles et exsangues, ils succombent autant par suite de la perte du sang que par les effets de la maladie!

J'ai déjà parlé des causes et des effets de l'indigestion chez les enfans. Il est un point cependant sur lequel je dois insister. Le lait est un liquide composé, une émulsion excellente fournie par la nature, dans lequel le sucre, *l'huile* et le caséum sont unis à une certaine quantité d'eau. Or, lorsqu'un liquide composé, comme le lait, entre dans l'estomac et est soumis à son action digestive, les parties qui sont solubles dans l'eau sont absorbées, et celles qui ne le sont pas, d'abord coagulées, forment une matière solide qui se dissout ensuite par le suc gastrique. Ainsi, tandis que l'eau et le sucre sont absorbés, le caséum en est séparé par la coagulation et forme une substance solide sur laquelle agit l'estomac par le suc gastrique, et devient ensuite propre à la nutrition. Aucune partie du lait n'entre dans le duodénum avant d'avoir subi l'action digestive. Comme le premier effet est la coagulation, elle a lieu avec une extrême rapidité, et cette même rapidité est un signe de santé. La présure des jeunes animaux fournit une preuve évidente de cette action. Mais s'il arrive que l'estomac n'agisse pas d'une manière convenable et que le caséum ne soit pas dissous, il passe dans le canal alimentaire dans un état autre que l'état naturel, et produit une irritation intestinale.

Aucun des purgatifs que l'on donne aux enfans ne produit, ne détermine la moitié des tranchées qu'occasione cette substance. Ceci explique les phénomènes qui, dans certains cas, se présentent à notre observation. Les enfans deviennent grippés, irritables, ont de la fièvre, la langue est chargée et blanche, il y a de l'agitation, et de temps en temps ils poussent un cri aigu. La maladie peut persister long-temps de cette manière; pendant le sommeil l'enfant s'éveille en sursaut, pousse un cri, se courbe comme un arc, jette sa tête en arrière comme dans l'opisthotonos. J'ai vu des enfans passer une semaine entière dans cet état. Le médecin ou la nourrice lui donnent de *l'huile de Castor*, ou quelques autres purgatifs qui font évacuer une grande quantité de caséum à la surprise des parens. En examinant ces matières, on les trouve formées de masses de différentes formes imparfaitement colorées par la bile et *comme brûlées;* à l'intérieur elles sont blanches, c'est du caséum non digéré.

On les évacue au moyen de quelques purgatifs et les enfans sont guéris. Nous pouvons maintenant tous agir de cette manière tellement cela est bien exposé dans les livres; on n'a qu'à examiner les déjections et à donner un purgatif s'il est nécessaire. Mais il est une circonstance que personne n'a encore fait remarquer. Quand on a traité un enfant de cette manière, et que l'accès de convulsion est guéri; si l'enfant est très-vigoureux il suffit de le remettre au sein pour qu'il puisse se rétablir, et on n'a pas d'autre embarras; mais s'il est faible ou d'une constitution irritable, quand on le remet au sein ou qu'on lui donne du lait par cuillerées, les mêmes difficultés de digestion surviennent, et par suite un nouvel accès. Le médecin est de nouveau appelé, prescrit encore un purgatif, et l'enfant se trouve bien une seconde fois; ainsi de suite, le médecin revient aux purgatifs, la mère continue à donner du lait, et chacun de s'étonner de la quantité de matières fécales que rend l'enfant. Comment éviter cela? En privant l'enfant du sein ou de lait pendant 24 heures, quelquefois pendant deux et même trois jours. On a peine à croire qu'une petite quantité de lait même le plus délayé, suffise pour rappeler la maladie, et pour agir comme un poison sur la muqueuse intestinale. Mais quand on sait que les poisons animaux tels que les virus varioleux et vaccin agissent sur l'organisme, même quand ils sont appliqués très-étendus d'eau, on peut concevoir également l'action du lait.

J'ai vu un cas de ce genre il y a quelque temps; l'enfant eut une rechute, et étant de nouveau appelé, je demandai à la mère si elle lui avait donné du lait;

elle répondit qu'elle lui en avait *à peine* donné. Ce mot *à peine* excite constamment mes soupçons; et ayant demandé à voir la quantité qu'elle lui avait fait prendre, elle m'apporta un bol d'eau d'orge contenant la proportion habituelle de lait et de sucre. C'est ainsi que l'on voit la maladie se prolonger de semaine en semaine par les préjugés des nourrices et l'ignorance des médecins. Mais si on défend entièrement le lait, que donnera-t-on à l'enfant? du bouillon de poulet, de l'eau d'orge, une panade claire, du bouillon de veau ou du petit lait. Combien de temps en continuera-t-on l'usage? La durée dépendra de la faculté qu'aura l'enfant de recouvrer la force digestive de l'estomac; quelques enfans ont un jour l'estomac dérangé et le lendemain sont bien, et le laps de temps pendant lequel on devra continuer ce régime, varie à l'infini. Ainsi, lorsqu'on est appelé pour un cas de convulsions, on doit s'informer de la marche des symptômes, de la nature des évacuations alvines, de la qualité et de la quantité de la nourriture du malade; et si on apprend qu'avant l'attaque, les intestins étaient en mauvais état; que l'enfant était sujet depuis plusieurs semaines au dévoiement, ou que les selles étaient de la couleur et de la consistance que j'ai indiquées (bien que parfois on vous dise faussement que tout est bien), on est alors en état de juger de la nature de la maladie, et en administrant quelques purgatifs, non-seulement on la guérit, mais on prévient le retour des convulsions. Quelquefois, néanmoins, elles persistent après l'évacuation des matières irritantes par les purgatifs. On doit alors avoir recours aux absorbans. Ces moyens exercent une influence salutaire dans bien des cas; ils ne peuvent produire aucun mauvais effet, et quand il y a de l'acidité, ce qui arrive plus souvent dans l'estomac des enfans que dans celui des adultes, ils deviennent légèrement purgatifs. Mais si les convulsions continuent, que doit-on faire? Je me souviens d'avoir saigné, il y a peu de temps, un enfant âgé de trois ou quatre mois, qui était soumis déjà à un traitement. Des sangsues avaient été appliquées à l'épigastre; on avait donné du calomel, de l'huile de castor, des absorbans, des lavemens apéritifs, on avait appliqué des vésicatoires au vertex et à l'estomac, etc. Les convulsions persistaient. Je prescrivis la potion suivante :

Pr.	Esprit de térébenthine,	1 gros.
	Huile de ricin,	4 gros.
	Sirop de pavots blancs,	
	Mucilage de gomme arabique,	*ãã* 2 gros.
	Eau de Fenouil,	

à prendre après avoir bien agité la bouteille, un gros de trois en trois heures.

L'action du médicament fut très-marquée sur les intestins; il y eut une évacuation copieuse d'urine, une amélioration prononcée survint, et vers le soir les convulsions avaient cessé.

Mon ami, le docteur Baraton, a, dans un cas analogue, après avoir procuré des évacuations alvines, prévenu le retour des accès chez un enfant de six mois par la potion suivante :

Pr.	Huile d'anis,	4 gouttes.
	Sucre blanc,	10 grains.

Mélangez avec soin et ajoutez :

Eau de fontaine,	2 onces.
Rhubarbe en poudre,	10 grains.
Carbonate de magnésie,	1 scrupule.
Teinture d'opium,	4 gouttes.
Esprit de Mindérérus,	10 gouttes.

A prendre une cuillerée toutes les trois heures. On ne doit pas oublier qu'il faut user de beaucoup de prudence quand on administre aux enfans de telles préparations qui contiennent de l'opium, mais il est une période où il devient inutile d'insister sur les évacuations, et alors les potions que je viens d'indiquer sont les moyens les plus efficaces pour arrêter les convulsions. Dans les cas de ce genre, après l'emploi d'un purgatif, du lait de la mère et de l'esprit de térébenthine, on peut, dans les premières vingt-quatre heures, si l'enfant est robuste, prescrire un bain chaud, en ayant soin en même temps d'appliquer une éponge trempée dans l'eau froide sur la tête; si l'enfant est faible, on inclinera sa tête sur le bord du berceau pour faire usage de l'éponge trempée dans l'eau froide, et on verra par ce moyen diminuer l'accès. »

LANCETTE DU 10, N. 125.

HOPITAL DE MILAN.

Abcès enkisté du cerveau; observation recueillie

Par le docteur SCALVANTI.

Un soldat d'infanterie, prédisposé à l'apoplexie par sa constitution, éprouvait chaque mois un accès d'épistaxis, mais, du reste, jouissant habituellement d'une bonne santé, il fut pris, à l'âge de 23 ans, d'une fièvre inflammatoire accompagnée d'une céphalalgie intense, de la tuméfaction de la parotide gauche et d'une somnolence continuelle. Ces accidens furent combattus par les antiphlogistiques, et avec succès. Le malade, presque guéri, ressentait cependant encore un peu de douleur dans le fond de l'orbite gauche, et un tintement dans l'oreille du même côté, lorsqu'il sortit de l'hôpital. Il ne tarda pas à y rentrer. Les symptômes, persistant lors de son départ, avaient acquis plus d'intensité; néanmoins il n'y avait point de fièvre. Des applications de sangsues et des fomentations émollientes, des frictions avec la pommade stibiée, des purgatifs salins, des boissons nitrées; des pilules d'extrait de jusquiame, furent prescrits, et sous l'influence de ces divers mé-

dicamens une légère amélioration fut obtenue peu à peu.

Quelques jours plus tard, les douleurs de tête augmentèrent, devinrent pulsatives et s'accompagnèrent d'un sentiment d'ardeur; le sommeil disparut, le pouls prit un caractère fébrile, et un commencement de gonflement fut observé dans le point correspondant à la partie écailleuse de l'os temporal. L'ouverture de la veine fut pratiquée (le sang retiré ne se recouvrit point d'une couenne inflammatoire); on recourut aux saignées locales, et cela sans aucun résultat avantageux. Une épistaxis qui survint ensuite, puis des sangsues appliquées aux ailes du nez procurèrent du soulagement; la fièvre s'arrêta : mais les douleurs pulsatives dans la cavité crânienne allèrent en augmentant à des intervalles périodiques. Enfin, après six jours, la céphalée devint plus violente, l'oreille plus douloureuse, et les tégumens épicrâniens du côté gauche offrirent une tuméfaction plus considérable. Le docteur S... annonça dès lors que le cerveau lui-même était l'organe affecté. Bientôt, taciturnité, surdité complète à gauche, air d'hébétude, accroissement de la tuméfaction en surface et en hauteur. Des scarifications furent faites sur la tumeur, et l'apophyse mastoïde mise à nu, sans qu'on y trouvât rien de remarquable : mais le lendemain, il y avait du mieux, et cet état se soutint et fit des progrès, jusqu'à ce que le malade, ayant commis un écart de régime, fut pris de vomissemens qui continuèrent pendant toute la nuit; les extrémités se refroidirent, le pouls devint petit et irrégulier, et la mort arriva.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les sinus gorgés de sang, les méninges et le cerveau fortement injectés, surtout dans l'hémisphère gauche : la portion de l'encéphale qui occupe les fosses moyenne et latérale de la base du crâne était notablement augmentée de volume et ne présentait plus de traces des anfractuosités cérébrales.

La dure-mère offrait une solution de continuité dans la partie qui répondait à l'ouverture de l'os; le ventricule gauche avait perdu de sa capacité, et au-dessus de lui il existait une poche formée dans l'épaisseur de la substance grise; la substance médullaire qui s'y trouvait était tout-à-fait ramollie, et contenait, dans son centre, un kiste de la grosseur d'un œuf de poule, et rempli de pus. Ce kiste, à parois denses et d'aspect fibreux, avait à l'intérieur les caractères propres aux membranes muqueuses enflammées, et communiquait avec la tumeur du dehors.

Les parois de l'orbite ne furent pas examinées, parce que la personne chargée de l'autopsie ne s'était pas munie des instrumens nécessaires. (*Annali universali del dottore Omodei.*)

—

Accouchement de la femme Guynnusa (Charruas) *et rétention d'urine chez sa petite fille âgée de deux jours;*

Par M. Tanchou.

La femme des Charruas est accouchée le 20 septembre. Sa petite fille, le second jour de sa naissance, eut une rétention d'urine; le savant M. Flourens m'écrivit, à cette occasion, pour m'inviter à donner mes soins à ces Sauvages éloignés de leurs forêts; avant de parler de l'enfant, je dirai un mot de la mère et de son accouchement.

Aussitôt que Guynnusa, qui a déjà eu un enfant dans son pays, sur les bords de Rio-Negro (Amérique du Sud), ressentit quelques douleurs d'enfantement, elle chercha à être seule; elle prit une corde qu'elle passa en huit de chiffre dans la double poignée d'une des portes de l'appartement lambrissé, sur le carreau duquel ils sont couchés sur des peaux et une mince paillasse. Guynnusa laissa cette corde assez longue, pour qu'en tirant elle se trouva presqu'accroupie par terre. Quand les douleurs devinrent plus vives, son mari, Vacuabé, vient s'asseoir comme s'asseient les tailleurs au-dessous d'elle, de manière que la patiente pouvait elle-même s'asseoir sur ses genoux. Quand les douleurs devenaient fortes, Vacuabé se tenait tranquille, mais quand la douleur était faible, ou qu'elle était passée, il soulevait sa femme avec ses genoux et la poussait en haut; aussitôt il la lâchait pour produire une secousse, comme on le ferait pour entasser du grain dans un sac.

L'accouchement se fit en trois heures presque sans témoignage de douleur; un instant après cette femme se leva, alla à la cheminée se chauffer en s'asseyant par terre; le même jour comme les jours précédens et depuis, Guynnusa a fait sa toilette comme à l'ordinaire, elle s'est baigné la tête dans un seau d'eau froide; elle a eu un peu de fièvre de lait, pour cela elle ne s'est pas arrêtée un instant, mangeant de la viande presque crue quand elle avait faim, comme à son habitude.

La petite Charruas est venue à terme; sa tête est fort petite, ses cheveux sont d'un noir de jais et fort épais; sa peau est couleur de terre de Sienne foncée, comme celle de ses parens. Sa mère ne pouvant pas la nourrir, disait-on, on lui donna des alimens qui occasionèrent une inflammation du ventre; et par suite celle du col de la vessie; de là, la rétention d'urine pour laquelle je l'ai sondée. J'ai exigé que cette enfant fût nourrie par sa mère; aujourd'hui elle se porte bien.

—

HOPITAL GÉNÉRAL DE LA MARINE D'ALEXANDRIE (ÉGYPTE.)

—

Observation sur une tumeur éléphantiaque du scrotum, du poids de 50 livres, extirpée avec succès le 31 juillet 1833;

Par M. Clot-Bey.

Ali-Mahmet, jardinier, âgé de 40 ans, né à Rosette, habitant Alexandrie depuis douze ans, doué

d'une forte organisation, d'une taille élevée et d'un caractère un peu apathique, est arrivé à l'hôpital général de la marine le 1er rabi-l-anal (15 juillet 1833), avec une tumeur éléphantiaque du scrotum, qui a offert à notre observation les caractères suivans :

Quant à l'aspect, elle présente la forme d'un sphéroïde alongé, dont la base est beaucoup plus développée que le sommet; c'est une masse tout-à-fait cunéiforme, dont la circonférence de bas en haut est de 44 pouces, et la circonférence antéro-postérieure de 39 pouces, et le poids approximatif de 45 à 50 livres; la teinte de la peau est d'un gris-brun obscur tout-à-fait caractéristique. Çà et là apparaissent des sortes de végétations globulaires dont la grosseur varie de celle d'une aveline à celle d'un petit pois. A la partie antérieure et inférieure du scrotum, à gauche du raphé, est une excoriation de laquelle exsude une sérosité incolore, rare et inodore.

Au toucher, par pression légère, la tumeur est insensible, mais en la graduant dans l'un ou l'autre sens, elle devient insupportable; sans pression aucune, il n'y a qu'un léger sentiment de douleur, général, continue, mais très-faible.

Par la percussion, elle rend un son mat; il n'y a ni balottement, ni sonoréité; seulement on perçoit très-faiblement le choc à travers la tumeur, caractère qui, réuni à son uniformité externe, fait supposer son homogénéité et une organisation pathologique analogue à celle des tumeurs précédemment extirpées par le docteur Clot-Bey.

A la fin des deux premières années de l'existence de cette tumeur, elle avait acquis à peu près deux fois le volume du scrotum. Jusqu'à l'âge de 20 ans, son développement fut toujours progressif, et avait atteint la grosseur d'une tête d'enfant. Pendant les quatre années qui suivirent, il y eut des alternatives de suppression et de retour, d'érosion et de sérosité, toujours à l'endroit primitivement indiqué. D'après le malade, il paraît que c'est là le point de départ de la tumeur. Dans les seize à dix-huit années qui suivirent, son accroissement fut proportionnellement plus rapide, et, dans sa marche, entraîna en avant les tégumens de la verge qui disparut sous eux, en ne laissant pour indice de son siége et de sa direction qu'une ouverture presque linéaire. Néanmoins, en comprimant la tumeur, en retirant en arrière la portion pubienne de son enveloppe, le malade parvient facilement à mettre le gland à découvert, et à le faire saillir d'environ un pouce et demi. De cette manière il est encore apte au coït, et a eu, de sa première et de sa seconde femme, plusieurs enfans bien portans.

C'est dans cet état qu'Ali-Mahmet, sur la proposition de M. Clot-Bey, est entré à l'hôpital, le 16 juillet, pour se faire opérer. On le mit à un régime approprié, et le 31 du même mois, à sept heures du matin, la tumeur fut enlevée en présence de MM. les docteurs Lardon, Cervelli, Vernoni, Grassi, et des principaux médecins des hôpitaux de la ville.

M. Clot annonce d'abord devoir opérer par un procédé tout-à-fait distinct de ceux précédemment employés par lui dans le même cas.

Du commencement à la fin de l'opération, le malade fut placé comme pour l'opération de la taille par le haut appareil.

Deux incisions latérales, longues de 6 pouces, parallèles et distantes de 5 pouces environ, sont pratiquées et réunies à angle droit par une troisième incision horizontale faite au-dessous de l'ouverture par laquelle s'écoulent les urines.

De cette manière, la portion rentrante du prépuce, qui s'étend de la base du gland à l'extrémité de l'ouverture du canal anormal qu'elle forme, est conservée sur une longueur d'un pouce et demi, et renversée sur la verge. Le lambeau est isolé de la verge, et renversé sur la région pubienne, à laquelle il tient par sa base, après avoir été séparé au-dessus du prépuce par une incision transversale, et diminuée de deux pouces sur sa longueur.

Alors le gland, le prépuce, les corps caverneux, le canal de l'urètre, sont successivement et rapidement mis à nu, et l'opérateur poursuit la recherche et l'isolement des cordons spermatiques et des testicules.

Pour cela deux autres incisions latérales, circonscrivent deux autres lambeaux semi-lunaires, s'étendent des angles supérieurs du premier lambeau de la peau au périné; les cordons spermatiques sont profondément situés, distendus de 8 à 9 pouces, et confondus dans la substance de la tumeur, d'où ils sont mis à découvert avec assez de difficulté, ainsi que les deux testicules, qui, comme eux, sont trouvés très-sains; ils sont renversés sur le pubis, retenus par la main d'un aide. Ne craignant plus d'offenser des parties essentielles par l'instrument, l'opérateur continue d'agir avec beaucoup de célérité, et par quelques coups de bistouri fait tomber la tumeur, en ménageant les deux lambeaux tracés sur la peau, et destinés à servir d'enveloppe aux testicules.

Aucune ligature n'est faite pendant le cours de l'opération; une seule l'a été après sur un rameau de la honteuse.

Le lambeau supérieur qui avait été conservé pour servir d'enveloppe à la verge, est retranché à un pouce de sa base, attendu que les dernières parties de l'opération ont fait voir à l'opérateur que son ancienne enveloppe peut être ramenée sur elle.

La base du prépuce est donc réunie antérieurement par trois points de suture à la base de ce lambeau.

Les deux testicules sont ensuite placés dans les deux lambeaux latéraux, qui sont réunis entre eux au moyen de plusieurs points de suture, et la circonférence du fourreau de la verge est rapprochée aussi par des points de suture de ces mêmes lambeaux.

La durée de l'opération a été de 20 minutes.

La tumeur pesée a donné le poids de 50 livres, son tissu est lardacé dans quelques parties, très-lâche dans d'autres, et infiltré de sérosité.

Toute la plaie est soigneusement enveloppée de plumasseaux de charpie soutenus par des compresses et un bandage en T, et le malade est transporté dans son lit. Il est abattu par l'opération; son pouls est assez calme, il souffre peu et s'endort. A onze heures il a quelques vomissemens, dans lesquels il rend

seulement la *potion anodine* qui lui avait été administrée pendant l'opération. A quatre heures il dit se trouver bien, mais le pouls est un peu fébrile.

1er août au matin, fievre; nuit assez calme pourtant, langue humide, mais un peu rouge, limonade tartarique. Le soir, même état, peut-être un peu moins de fièvre.

2 août. Nuit calme, pouls fréquent, sans être fébrile. L'appareil est levé; un point de suture s'est débridé, une petite escarre gangréneuse s'est développée à ce même endroit. Du reste, la suppuration est abondante, et la région pubienne est fortement ballonnée et très-chaude; elle est recouverte d'un large cataplasme. Le malade n'a pas été à la selle depuis quatre jours. Lavement laxatif.

3. Selle copieuse, nuit très-calme, le pubis s'est beaucoup affaissé; l'escarre est restée circonscrite et s'est détachée. Le travail adhésif s'opère, la suppuration est abondante, mais ichoreuse.

4. Nuit excellente, une selle; la plaie se déterge; la suppuration est de meilleure nature; la plus grande partie des sutures a été enlevée la veille; bien. Pour tisane, depuis le lendemain de l'opération, limonade tartarique, et depuis hier, bouillon, crême de riz.

5. Même état; la plaie est tout-à-fait détergée et rosée; grande diminution de volume du scrotum; la plaie diminue d'étendue. Pour régime, quart, et deux soupes.

Du 5 ou 10, la plaie a marché rapidement vers la guérison; il n'est resté que la somme d'inflammation nécessaire à l'adhésion; la suppuration est très-louable et diminue de quantité, et aujourd'hui le malade peut être considéré comme guéri.

Réflexions de M. le docteur Clot-Bey sur l'opération précédente.

Le procédé suivi dans ce cas diffère de ceux adoptés dans les deux opérations précédemment faites, en ce qu'au lieu de me servir du lambeau antérieur pour envelopper la verge, je me suis servi des tégumens propres de cet organe, qui avaient été renversés sur eux-mêmes et entraînés en bas par le poids de la tumeur, en formant ainsi une espèce de canal artificiel.

Mon collègue, M. le docteur Gaëtani, membre du conseil de santé du Caire, s'est servi avant moi de la peau de la verge renversée pour recouvrir cet organe. Je ne connais pas les détails de l'opération dans laquelle il a employé ce procédé, mais je sais que le malade en est mort le lendemain ou le surlendemain, ce qui ne dépend point certainement de la manière dont il a été opéré, car j'ai été témoin d'une opération de ce genre, que M. Gaëtani a pratiquée très-habilement une année environ après le premier cas où j'opérai moi-même avec un succès complet.

Cette méthode me paraît préférable, parce que cette peau conserve presque toujours son état de parfaite intégrité, tandis que celle de la partie antérieure du pubis se trouve souvent participer à la maladie, et est d'ailleurs recouverte de poils.

J'avais d'abord conservé le lambeau supérieur, ne sachant pas précisément dans quel état je trouverais les tégumens de la verge, et jusqu'à quel point je pourrais m'en servir pour recouvrir cet organe. Mais j'ai dû le retrancher ensuite au niveau de la racine de la verge, qui est aussi le point où arrivait la peau qui la recouvrait.

Dans une autre circonstance, après m'être assuré que la peau renversée de la verge est intacte, je procéderais d'une autre manière : je commencerais par faire deux incisions à partir du centre du pubis, et qui iraient se terminer au périnée; d'où il résulterait deux lambeaux demi-circulaires. En second lieu, je circonscrirais par deux incisions elliptiques, le contour de l'orifice du canal anormal, et après avoir disséqué les lambeaux, dégagé la verge et les testicules, et abattu le pédicule de la tumeur, les lambeaux seraient rapprochés, et l'angle supérieur des tégumens du pourtour de l'orifice urinaire serait placé dans l'angle rentrant produit par les incisions supérieures; il en serait de même inférieurement.

Ce procédé me paraît plus simple et plus rationnel.

Je n'ai pu arriver à ces idées que successivement, puisque les auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'établissent aucune règle fixe à suivre à cet égard.

Cette opération pourrait suggérer quelques autres réflexions relatives aux causes et à la nature de cette maladie. Car le sujet de cette observation comme celui de la précédente, est un habitant de Rosette, et il paraîtrait qu'elle ne tient pas à une cause générale, puisque leur guérison a été aussi prompte que celle des blessures ordinaires.

Je dois à l'obligeance de M. le docteur Bulard, médecin major de l'hôpital général de la Marine, d'avoir recueilli cette observation, que mes nombreuses occupations m'auraient empêché de rédiger.

Je témoigne également ma reconnaissance au docteur Grassi, chirurgien major en chef du même hôpital, pour les soins assidus qu'il a bien voulu donner à mon opéré.

LANCETTE DU 15, N° 127.

HOSPICE DES ENFANS TROUVÉS DE BORDEAUX.

Observation de duodénite intense, avec complication vermineuse chez un enfant de quatre ans; mort;

PAR M. CHANDRU, D. M. P.

Adolphe, âgé de quatre ans, envoyé en nourrice dans le Périgord, où il fut souvent atteint de convulsions, que la sortie réitérée de quelques lombrics autorisa de rapporter à leur présence, et contre lesquelles on opposa divers anthelmintiques, fut ramené à l'hospice des Enfans-Trouvés le 16 juillet 1827. Ces

accidens se reproduisirent plusieurs fois durant le trajet. Ils continuent encore actuellement. On observe : teinte jaune générale de tout le corps; céphalalgie violente, que l'enfant indique en portant constamment les mains à sa tête, car il ne répond à aucune question; sensibilité extrême à l'épigastre; tension douloureuse, ballonnement du ventre; constipation opiniâtre, vaincue cependant par les lavemens; yeux ternes, enfoncés; pupilles non dilatées; pendant la crise, l'enfant pousse des gémissemens; il se tord, se replie, s'élance dans son berceau, se suspend aux cerceaux qui le recouvrent, en renversant fortement le tronc en arrière; si même alors on lui présente une boisson quelconque, il la saisit, l'avale avec avidité, éprouve aussitôt des vomituritions, et la rejette avec effort; sa face pâlit et s'anime tour-à-tour; le pouls devient petit, vite, irrégulier; la respiration haletante ne s'exécute que par le jeu des côtes.

Après une courte durée, cet état cesse, et l'accablement, la stupeur lui succèdent. Alors le pouls est moins précipité, plus plein; les yeux sont éteints, tournés en haut. Mais bientôt nouvelle agitation, nouvelle crise convulsive. Six sangsues à l'épigastre, lavement émollient, boissons froides.

Le 17, pas d'amendement; même fréquence, même durée, même intensité des attaques. La peau a pris une coloration jaune plus prononcée; elle est froide; la respiration est devenue plus laborieuse. (On prescrit le calomel, un vésicatoire à la nuque, des frictions sur le ventre avec les onguens mercuriel et d'althæa.

Le 18, dans la nuit, mort.

Nécropsie.

Habitude extérieure. Embonpoint; teinte jaune de tout le corps.

Tête. L'encéphale ne présente rien de particulier, sinon une légère injection de la substance du cerveau, qui, du reste, offre assez de consistance.

Thorax. Rien de notable; poumons crépitans, cœur sain; le thymas est encore assez volumineux.

Abdomen. Le foie, d'un volume ordinaire, est pâle, un peu mou, comme marbré, c'est-à-dire parsemé de plaques jaunâtres. Cette disposition persiste dans toute l'épaisseur de l'organe.

La vésicule biliaire est fortement distendue par un fluide épais, visqueux, noirâtre en apparence, mais teignant en jaune les corps sur lesquels il se répand; c'est la teinte que présentent les parois gastriques et intestinales contre lesquelles s'appuyait la vésicule.

L'estomac contient un liquide abondant mêlé à une matière brune, noire; sa membrane interne est pâle, blafarde, et recouverte çà et là de quelques glaires; on en retire un assez grand nombre de lombrics.

Le pylore est sain, mais le *duodénum* est altéré dans toute son étendue. Au moment de le mettre à découvert, on trouve qu'il a perdu la presque totalité de ses parois; peut-être le soulèvement de l'estomac a-t-il opéré cette dilacération; ce qui reste dans cet intestin se présente sous la forme d'une bande mince, molle, rougeâtre, uniformément injectée.

L'intestin grêle est rempli de vers; on les trouve par paquets de loin en loin; leur nombre total s'élève à quarante. Des gaz distendent fortement les gros intestins. Dans toute l'étendue du tube intestinal existe cette matière noire observée dans l'estomac.

HOPITAL GÉNÉRAL DE LA MARINE D'ALEXANDRIE.

(Égypte.)

—

Tumeur éléphantiaque scrotale avec complication de deux hydrocèles, extirpée par le docteur Clot-Bey *le* 15 *mai* 1833, *à l'hôpital de la Marine à Alexandrie, suivie de guérison.*

OBSERVATION RECUEILLIE PAR M. GRASSI.

Le nommé Ibrahim Saad-Allah, natif de Rosette, âgé de 25 ans, constitution athlétique, taille 5 pieds 10 pouces, se présente le 15 mai à l'hôpital de la Marine, où Clot-Bey l'avait engagé à se rendre : interrogé sur l'origine et les progrès de sa maladie, il donne les détails suivans.

Sa mère, encore vivante, porte un engorgement éléphantiaque à la jambe droite. Il a lui-même souffert dans son enfance d'un léger engorgement à la jambe gauche, qui a disparu à l'époque de la puberté. Il éprouva, il y a sept ans, un gonflement au testicule droit qui augmenta insensiblement de volume, sans pourtant devenir considérable, car il se maria quatre ans plus tard; il eut un enfant, et sa femme est actuellement enceinte de huit mois. Le coït était néanmoins difficile, la verge étant presqu'entièrement cachée dans l'épaisseur du scrotum. Depuis quelques mois cet acte est devenu impossible, la maladie ayant fait de rapides progrès, surtout depuis les trente-trois derniers jours de son entrée à l'hôpital.

Durant le cours des sept années, la tumeur a passé un grand nombre de fois à l'état inflammatoire aigu, pendant lequel il y avait de la fièvre, des vomissemens, de la chaleur et une augmentation notable de volume dans la partie. Cet état ne durait ordinairement que quelques jours, et le malade n'y apportait aucun remède.

Dans l'état actuel, la tumeur est d'une teinte rouge-brun, elle est ovale, a un pied quatre pouces de hauteur, deux pieds deux pouces de circonférence, et présente à sa partie antérieure, un peu au-dessus de la moitié inférieure, une dépression ressemblant assez à une vulve, formée par le renversement du prépuce en dedans, d'où résulte un canal de quelques pouces, qui va aboutir à la circonférence du gland et d'où s'écoulent les urines.

Clot-Bey prit l'avis des médecins qui se trouvaient présens, MM. Cervelli, médecin en chef de la marine, Frias, Vernoni, Rigaud et moi. Nous fûmes d'opinion unanime que l'opération était la seule ressource qu'offrait l'art. Elle fut motivée par l'impossibilité d'obtenir la résolution de la tumeur. Le malade la désirant lui-même, Clot-Bey la pratiqua le même jour à dix heures du matin, et y procéda de la manière suivante :

Le malade placé horizontalement sur une table couverte d'un matelas et de coussins, l'opérateur, armé d'un bistouri convexe, pratique trois lambeaux sur la tumeur. Le premier, de forme oblongue, d'environ quatre pouces de largeur sur six de longueur, à la partie supérieure antérieure et moyenne, pour servir d'enveloppe à la verge cachée sous ce même lambeau dans la masse de la tumeur; les deux autres, latéraux, demi-circulaires, pour recouvrir les testicules, s'étendant chacun des côtés de la base du premier lambeau au périnée. Une sonde cannelée introduite dans le méat anormal, sert à isoler le pénis; les testicules sont mis à découvert au moyen d'une incision sur le trajet des cordons et séparés de la masse de la tumeur, qui est emportée par quelques coups de bistouri. Chaque testicule se trouve contenu dans une hydrocèle. La tunique vaginale, incisée du sommet du testicule à sa base, laisse échapper le liquide qu'elle contient. Elle est trouvée épaissie et ulcérée dans divers points. L'opérateur en excise avec des ciseaux une portion de chaque côté; les testicules reconnus dans l'état normal, sont placés dans les deux lambeaux tégumentaires, qui sont rapprochés et assujettis par des points de suture pratiqués du périnée à la base de la verge. Celle-ci est enveloppée à son tour avec la peau qui lui est réservée, et dont les bords sont réunis de la même manière et le long du canal. Pendant la dissection, Clot-Bey avait conservé une portion du prépuce, il la réunit aussi par quelques points de suture, à la partie antérieure du lambeau vers la base du gland.

Le scrotum et l'enveloppe étaient si exactement formés, qu'il fallait avoir été présent pour croire que la chirurgie pût obtenir d'aussi étonnans résultats. La durée de cette opération n'a été que de vingt-cinq minutes, cinq rameaux artériels ont été liés.

Le malade placé dans son lit, les cuisses demi-fléchies, soutenues par un coussin, fut assez calme jusqu'à quatre heures après midi. Il fut saisi alors d'un frisson auquel succéda de la chaleur et de la fièvre.

Le matin 16 mai, la nuit a été calme; le malade a dormi par intervalles; il a uriné une fois; il n'accuse pas de douleurs; le pouls est fréquent, légèrement déprimé, mais régulier. Soif ardente, *boissons acidulées; diète.* L'appareil est pénétré d'une humeur séreuse sanguinolente.

Le soir, même état; légère somnolence.

17. Le matin, inquiétude, découragement; langue couverte d'un enduit muqueux, rouge sur ses bords et à sa pointe. Pouls fréquent, développé, 120 *pulsations*; la plaie est d'un bel aspect, et les bords sont peu engorgés. *Diète.*

Le soir, abattement général, toux fréquente, tension abdominale. *Lavement émollient, boisson ordinaire.*

18, au matin; nuit tranquille, physionomie calme, inquiétude moindre; pouls moins fréquent, et continuation de la toux (*loock blanc du codex*); bon aspect des parties. Même situation le soir; *diète.*

19 au matin, bien-être général, pouls presque naturel, tendance à la gangrène à la partie supérieure et antérieure de la plaie. L'opérateur enlève quelques points de suture, il s'écoule une humeur séreuse. *Même boisson, diète.*

20 au matin, état général satisfaisant. La plaie laisse écouler une humeur ichoreuse. *Le malade sera pensé matin et soir.* On accorde au patient de sucer une orange.

21, mieux prononcé, abondante évacuation alvine, où on distingue des *lombrics.* La plaie est en bon état, l'humeur qui en découle prend le caractère du pus; tous les points de suture sont tombés. Mêmes prescriptions.

22. Le mieux continue, copieuse évacuation non provoquée. La plaie laisse couler un pus de bonne qualité. Elle se dépouille, à la partie postérieure, d'un tissu cellulaire mortifié. *Soupe maigre.*

23 et 24. Amélioration rapide.

25. On remarque quelques petits abcès à la réunion des lambeaux du scrotum. Ils sont ouverts. Il s'en échappe un pus *louable.*

26. On trouve un petit abcès à la partie latérale droite du scrotum. *On accorde au malade* une nourriture légère.

27. Depuis ce jour jusqu'au 17 juin, le malade a été de mieux en mieux; il se promenait dans la salle muni d'un suspensoir, quand tout-à coup une bronchite se déclara. (La grippe régnait alors à Alexandrie.) Une forte toux survint et changea totalement les conditions heureuses de la plaie, par les effets qu'elle occasionait au malade. Le scrotum s'enflamma, s'engorgea. La plaie se dilata, présenta un aspect lardacé; les cicatrices se rouvrirent en partie, surtout celle de la verge. Le malade passa dix ou douze jours dans cet état; mais le repos, une diète rigoureuse, les boissons rafraichissantes et mucilagineuses, quelques applications de sangsues, etc., le remirent dans son premier état. A la fin du mois de juin, Ibrahim fut à même de pouvoir marcher, fumer et manger la portion. La plaie, pansée simplement avec de la charpie, s'améliora de jour en jour, jusqu'à ce que, réduite à un demi-pouce de largeur, elle restât stationnaire.

Clot-Bey ordonne alors la sortie du malade, persuadé qu'un air plus pur et un exercice modéré amèneraient une parfaite cicatrisation. Cette plaie se trouve cachée dans un profond sillon, résultant du renversement de la peau et d'un peu d'engorgement.

En effet, quelques jours après la sortie du malade, la plaie avait changé d'aspect, était presque cicatrisée, excepté vers la racine de la verge, où il y avait eu déperdition de substance.

Réflexions. On voit, d'après ce qui précède, que cette opération importante a eu le succès le plus

complet, ou plutôt que trois opérations distinctes faites en même temps, ont réussi simultanément aussi vite et aussi bien que cela a lieu généralement dans la simple opération de l'hydrocèle par excision.

Non-seulement le malade est débarrassé de sa tumeur, mais encore il a conservé l'intégrité des organes génitaux, car il a eu pendant son séjour à l'hôpital de fréquentes érections suivies de l'émission du sperme. Il nous a même assuré avoir usé depuis sa sortie du coït, qui cependant est rendu douloureux par la courbure de la verge, à laquelle il sera facile de remédier par une simple incision. Le temps même peut suffire pour amener l'alongement de la cicatrice.

Quant au léger engorgement qui existe encore au scrotum, il se dissipera indubitablement en peu de jours, et il sera alors difficile de croire qu'Ibrahim ait subi une telle opération, qui est peut-être unique dans les annales de l'art.

Les affaires du service m'ayant obligé de me rendre au Caire peu de jours après que j'eus pratiqué cette opération, je confiai le malade aux soins particuliers de M. le docteur Grassi, et le priai d'en recueillir l'observation. Il ne pouvait être en meilleures mains, car ce praticien et aussi distingué par son savoir que par son zèle philantropique.

LANCETTE DU 17, N° 128.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Clinique de MM. Boyer et Roux.)

Luxation primitive du fémur en arrière.

Paris, le 15 octobre 1833.

Monsieur,

Je réclame l'insertion dans votre estimable journal, d'un fait de chirurgie fort curieux, qui vient de se passer à l'hôpital de la Charité. Il s'agit d'une luxation primitive du fémur en arrière, produite par un cause externe.

L'individu qui en fait le sujet, est arrivé ce matin à 8 heures; il est couché au n° 40 de la salle de la Vierge. C'est un maçon âgé de vingt-cinq ans, vigoureusement constitué. Il vient de tomber de dessus un échafaud de la hauteur d'un premier étage. Au reste, ni lui, ni les camarades qui l'ont apporté, ne peuvent nous donner d'exacts renseignemens sur la manière dont cette chute s'est opérée.

A son arrivée, M. Roux constate l'existence d'une luxation du fémur gauche, mais d'une luxation toute particulière, et qui n'est ni l'une, ni l'autre des quatre luxations reconnues dans l'état actuel de la science : l'iliaque, la sous-pubienne, la sus-pubienne et l'ischiatique. Encore cette dernière a-t-elle été bien rarement observée. Il n'y a guère que Desault qui en ait cité un exemple bien avéré; et même la maladie ne fut-elle pas reconnue pendant l'existence de l'individu.

Or, chez notre malade, la luxation s'est faite en arrière seulement; par conséquent, la tête du fémur ne se trouve ni sur la fosse iliaque, ni sur le trou ischiatique, mais elle est portée directement en arrière, un peu au-dessus de la tubérosité de l'ischion, où elle se présente sous la forme d'une tumeur dure, arrondie (1).

Il y a douze à quinze ans environ, un chirurgien français attira l'attention des praticiens sur ce cas rare de luxation du fémur. Depuis, deux chirurgiens anglais du premier mérite, MM. Astley Cooper et Travers, en ont fait le sujet de leurs recherches, dans un traité fort curieux qu'ils ont publié sur les luxations, et ils ont cité quelques faits qui confirment l'existence de la luxation du fémur en arrière.

Chez notre malade, le raccourcissement du membre inférieur est fort peu considérable, le pied est incliné en dedans, et la rotation du membre est loin d'être aussi prononcée qu'on l'observe dans une luxation bien franche sur la fosse iliaque.

L'individu étant jeune, fort, vigoureux, et le système musculaire étant, chez lui, extrêmement développé, on s'attendait à éprouver de grandes difficultés à la réduction; aussi, à son arrivée, M. Roux avait-il eu la précaution de lui faire pratiquer une large saignée dans le but d'affaiblir un peu cet excès de vitalité; et à huit heures et demi, lors de l'opération, il employa un appareil réellement formidable de forces extensives et contre-extensives; mais, à sa grande surprise, que nous avons tous également partagée, la réduction s'est opérée avec une merveilleuse simplicité.

Immédiatement après qu'elle a été terminée, nous avons remarqué un alongement de quelques lignes dans le membre. C'est un phénomène qui ne doit point étonner si l'on fait attention que dans toute espèce de luxation primitive, le membre réduit offre un alongement qui persiste plus ou moins de temps.

Or, chez notre malade, nous avons noté ce phénomène. Ce n'est assurément pas qu'il se soit produit un nouveau déplacement; mais l'on conçoit facilement qu'une luxation qui suppose un développement si considérable de forces, ne peut s'être opéré sans que le ligament rond ait été rompu, et qu'il se soit fait un tiraillement du tissu cellulaire intra-articulaire; c'est ce gonflement qui fait qu'après la réduction la tête du fémur n'a pu reprendre, dans la cavité cotyloïde, la situation qu'elle a dans l'état naturel.

Tel est, Monsieur, le fait dont je réclame de votre bienveillance l'insertion dans votre plus prochain numéro : je crois qu'il intéresse la science.

N. B. Si, par la suite, il survient dans l'état du malade quelque chose de remarquable, j'aurai soin de vous le faire connaître.

Agréez, etc.,

Le*** Vall***.

(1) C'est la luxation directement en bas, admise par B. Bell, et dont M. Ollivier a rapporté un exemple. (*N. du R.*)

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

(Service de M. Laburthe.)

—

Affection syphilitique négligée ; mort. Destruction des fosses nasales ; ulcérations de la plèvre.

Le nommé Béchet (Ferdinand), âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, faible de constitution, soldat à la douzième compagnie du train des équipages, s'aperçut, il y a un an environ, à la suite d'un coït impur, d'un écoulement peu abondant, qui lui causait de vives douleurs, lorsqu'il rendait ses urines.

Quoique les érections fussent très-pénibles il voyait des femmes, et un jour qu'il s'était fortement échauffé, des élancemens se firent sentir dans le testicule droit, qui ne tarda point à devenir très-volumineux; ne voulant pas entrer à l'hôpital militaire de Versailles où il était en garnison, il s'adressa au chirurgien-major du 42e régiment de ligne, qui ordonna une application *de vingt-cinq sangsues* sur la tumeur, en lui enjoignant de mettre *beaucoup de cataplasmes émolliens sur le testicule malade.* Voyant que l'engorgement ne diminuait pas, on fit une seconde application *de vingt-cinq sangsues* qui eut plus de succès que la première, et l'orchite céda au traitement antiphlogistique. Il est à remarquer que l'écoulement, qui avait paru dans les premiers jours, cessa subitement.

Sa guérison obtenue, B... retourna voir des femmes, et deux mois après il lui vint un fort chancre au filet et à la base de la verge; l'excessive turgescence du pénis, les douleurs cuisantes qu'il ressentait, l'aversion qu'il avait pour l'hôpital, déterminèrent ce militaire à s'adresser à un pharmacien de la ville, qui lui donna une solution dans laquelle il trempait de la charpie, dont il recouvrait le chancre; peu de jours après, quoique malade, il suivit sa compagnie qui reçut l'ordre de partir pour le siége d'Anvers, muni de son remède dont l'emploi constant avait affaibli la force du chancre.

A la deuxième étape, il éprouva un violent mal de gorge, il salivait abondamment et pendant six jours, temps qu'il resta sans entrer à l'hôpital; il ne put prendre aucune nourriture. Enfin, deux jours après son arrivée à Cambrai, il entra à l'hôpital militaire de cette ville.

Dès les premiers jours de son entrée, on lui fit *une forte application de sangsues* à la partie antérieure et supérieure du col, *des gargarismes émolliens* furent prescrits; le troisième jour *une seconde application de sangsues* fut faite, et eut de meilleurs résultats que la première; on continua *les gargarismes émolliens :* tous ces moyens ne procurèrent que peu de soulagement au malade.

B*** séjourna six mois dans cet hôpital, où il ne prit, dit-il, que *six doses de solution de deuto-chlorure de mercure*, et n'observa *aucun régime;* voyant son état empirer et n'étant soumis à aucun traitement, il obtint sa sortie en mars 1833, et fut évacué ou rejoignit sa compagnie en garnison à Versailles.

Le 10 avril, même année, B*** entra dans l'hôpital atteint depuis *dix mois* de symptômes syphilitiques. A la visite du matin du 11, il m'offrit les symptômes suivans :

Amaigrissement général, peau décolorée; gonflement de la partie supérieure de la face vers la racine du nez; peau rouge et luisante sur le trajet du canal nasal; yeux chassieux, larmoyans, et les bords des paupières rouges et d'une sensibilité telle, qu'on ne pouvait les toucher sans causer de vives douleurs au malade, et qu'une lumière tant soit peu vive occasionait également des douleurs très-vives; la région sous-orbitaire offre aussi un gonflement considérable; les traits expriment la souffrance, l'abattement est général; la voix n'a plus de timbre normal, elle est profondément altérée et semble sortir entièrement des fosses nasales.

Les fosses et l'arrière bouche visitées en procédant de dehors en dedans, et d'avant en arrière, on remarque, 1° le cartilage qui forme la cloison des fosses nasales, désorganisé dans sa totalité, une partie de l'os vomer et les cornets inférieurs ont disparu; 2° la membrane muqueuse couverte d'ulcérations qui laissent exsuder une matière purulente abondante, qui répand une odeur insupportable au malade; 3° en pénétrant plus en arrière, on aperçoit le voile du palais, ainsi que la luette entièrement désorganisés; 4° les amygdales tuméfiées et ulcérées; 5° la partie postérieure et profonde du larynx couverte d'ulcérations très-étendues; le malade ne veut avaler que des liquides, et prend avec peine quelques solides.

Il dit avoir un mal de tête continuel et violent; mouvement fébrile continu avec exacerbation le soir.

Le régime prescrit au malade a été conforme à la position où se trouvait B***; il a consisté *en bouillies, crêmes de riz, vermicelles;* et dans les derniers temps, *le lait sucré*, sa principale nourriture, lui réussissait bien; mais ce régime lacté le lassa, et bientôt B*** ne tarda pas à s'en écarter, en commettant des excès avec d'autres alimens que ses camarades lui procuraient, et qui chaque fois occasionaient des coliques, des diarrhées, qui étaient calmées chaque fois par *la diète, l'eau de riz gommée édulcorée, les demi-lavemens émolliens amylacés et opiacés,* et *des fomentations de même nature sur l'abdomen.*

En résumé, le traitement général subi par le malade, a consisté *en eau d'orge gommée, eau gommeuse édulcorée, potions gommeuses, gargarismes émolliens opiacés, un grain d'opium le soir pour procurer du sommeil; les préparations mercurielles,* telles que *la solution de deuto-chlorure de mercure, le sirop dépurgatif,* d'après les formules de M. Larrey.

Le malade n'ayant pu supporter la solution chlorurée, on l'a remplacée par *une pilule* qu'il prenait matin et soir, dissoute dans *trente grammes de sirop dépuratif, pilule composée d'un huitième de grain de muriate sur-oxigéné de mercure, d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium et de quatre grains d'extrait de jalap.* Des frictions mercurielles ont été pratiquées tous les six à sept jours à la plante des pieds, quand l'état du malade le permettait. Un vésicatoire à la

muque a été entretenu tout le temps que B*** a vécu.

L'emploi de ces moyens a souvent été suspendu par des indigestions que le malade provoquait toujours par les écarts de régime; vingt jours avant que B*** ne succombât, il fut atteint d'une colique violente avec diarrhée, d'un point douloureux dans le côté gauche du thorax qui le faisait souffrir violemment; il a conservé ces deux affections sans qu'aucun moyen ait pu les calmer. B*** est mort le 26 août, après cinq mois de séjour dans nos salles.

Autopsie. *Aspect extérieur.* L'aspect général de la peau est pâle; l'émaciation considérable. Saillies osseuses.

Le nez est affaissé par suite de la destruction de la cloison des fosses nasales, qui a déterminé une déviation des os propres.

Le canal nasal du côté droit est obstrué. Une coupe longitudinale pratiquée sur la ligne médiane, qui divise symétriquement le crâne et la face, fait découvrir le muqueuse nasale entièrement détruite. Le vomer et les cornets inférieurs ayant disparu, la partie supérieure des os palatins cariée. Le pharynx ouvert, on ne trouve plus de trace de sa paroi postérieure et supérieure; la luette a disparu. La destruction de la muqueuse s'observe jusqu'à l'entrée de l'œsophage, et laisse à nu toutes les parties qu'elle recouvrait, enduites seulement de quelques mucosités grisâtres.

La première vertèbre cervicale est cariée dans toute sa partie antérieure et superficielle; les deux suivantes présentent aussi un commencement de destruction.

Tube digestif. L'œsophage et l'estomac sont dans un état parfait d'intégrité.

Tout le péritoine intestinal offre un aspect rouge-lie-de-vin pointillé dans toute son étendue.

La muqueuse du petit et du gros intestins est le siége d'une violente injection inflammatoire dans toute son étendue : quelques ulcérations très-circonscrites s'y fait remarquer.

Thorax. Les muqueuses laryngienne, trachéale et bronchique sont parfaitement saines.

La plèvre du côté droit est adhérente, mais non ulcérée.

Une collection purulente assez considérable se fait remarquer dans la cavité de la plèvre gauche.

La plèvre pulmonaire de ce côté offre une ulcération d'environ cinq pouces de longueur à sa partie moyenne et interlobulaire, sur une largeur de quelques lignes supérieurement, et de deux à trois pouces à la partie moyenne.

La plèvre costale est aussi le siége de deux ulcérations séparées au niveau des troisième et cinquième côtes gauches. Ces ulcérations sont : la supérieure longue de quatre pouce, et l'inférieure de deux pouces et demi, et larges environ d'un demi-pouce. Il est à remarquer que ces ulcérations de la plèvre ont l'aspect grisâtre des ulcères syphilitiques et leur profondeur, laquelle dépend du gonflement de leurs bords. Les poumons sont sains quoiqu'affaissés.

Le cœur est mou et décoloré, l'oreillette droite offre des traces de fausses membranes. Ad. D.

LANCETTE DU 19, N° 129.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

(Service de M. Baudelocque.)

Scarlatine simulant la rougeole au début; diagnostic de cette affection.

La scarlatine est en quelque sorte endémique à l'hôpital des Enfans; elle y règne à toutes les époques de l'année. Pendant les fortes chaleurs de l'été nous en avons observé un assez grand nombre de cas. Cependant, vers la fin d'août, elle a diminué progressivement, et a disparu complètement au commencement de septembre. Un scarlatineux est entré dans les premiers jours d'octobre, et aussitôt cette affection s'est manifestée chez plusieurs malades dans l'intérieur de l'hôpital. On conçoit tout le danger qu'il y a pour ces jeunes êtres, de séjourner dans une atmosphère imprégnée de miasmes contagieux; car ce que nous disons ici de la scarlatine, peut s'appliquer aux autres exanthèmes fébriles. Chaque jour nous voyons succomber des malades entrés à l'hôpital pour des affections légères, après avoir contracté la variole, la rougeole ou la scarlatine; affections d'autant plus graves qu'elles frappent des individus déjà débilités par une maladie antérieure. C'est là une des principales causes de la grande mortalité qu'on observe à l'hôpital des Enfans.

Il est rare de voir un malade séjourner pendant quelque temps dans cet établissement, sans contracter une ou plusieurs maladies qui viennent s'ajouter à l'affection primitive, et en accroître le danger. Les maladies exemptes de complication ne sont pas très-communes; aussi nous empressons-nous de publier un cas de scarlatine franche et régulière, qui nous a paru offrir quelqu'intérêt sous le rapport du diagnostic.

Lebel, âgé de neuf ans, assez forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, est pris, dans la soirée du 5 octobre, de céphalalgie et de malaise fébrile; il se couche sans prendre aucun aliment; et dans la nuit, douleur de gorge, gêne de la déglutition. Le lendemain il se lève, mais il se manifeste bientôt un frisson violent qui l'oblige à s'aliter; la fièvre s'exaspère, il survient du délire, des vomissemens et une épistaxis très-abondante. Dans la nuit du 5, une éruption paraît à la peau. On transporte cet enfant à l'hôpital, qui nous offre, le 6, les symptômes suivans : face rouge, anémie, céphalalgie frontale, fièvre intense, pouls à 120 pulsations. La peau est couverte d'une multitude de petits points rouges, dans l'intervalle desquels elle conserve sa coloration normale. Cette éruption est plus confluente dans le pli des grandes articulations que dans les autres points de la périphérie cutanée. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre, à travers lequel

paraissent quelques papilles saillantes ; la déglutition est gênée, les amygdales sont le siége d'un gonflement notable; la voix est rauque et nazonnée; le pharynx est rouge. Du reste, pas de nausées, ni de vomissemens ni de diarrhée. Constipation depuis l'invasion. La respiration est pure. Le malade ne tousse pas; il n'existe ni coryza, ni larmoiement des yeux. *Bourache miellée, deux pots; lavement émollient; diète.*

Le soir, à trois heures, toute la périphérie cutanée offre une teinte rouge, uniforme; le pouls a augmenté de fréquence, la langue est lisse, et présente une rougeur scarlatineuse des plus prononcées. La peau n'est le siége d'aucune démangeaison.

Le 7, l'éruption scarlatineuse est toujours très-prononcée; la langue conserve sa rougeur; il s'est manifesté sur l'abdomen, la partie supérieure des cuisses et les membres supérieurs, un grand nombre de vésicules miliaires. Le pouls a diminué de fréquence; il bat 92 fois par minute; insomnie sans délire la nuit; légère épistaxis; une évacuation après le lavement. La douleur de gorge et la gêne de la déglutition persistent. *Gomme; julep gommeux; gargarisme avec orge et miel.*

Le 8, légère épistaxis, diminution de la douleur de gorge et du gonflement des amygdales. La langue reste scarlatineuse, la soif est peu vive, le malade demande à manger. L'éruption de scarlatine est d'un rouge moins intense, celle de miliaire est toujours très-prononcée. Pouls à 88. Ventre indolent, pas d'évacuation. *Gomme, bouillons.*

Le 9, l'éruption commence à pâlir, pouls 90, peau chaude. *Lait.*

Le 10, les deux éruptions de scarlatine et de miliaire ont presque entièrement disparu. La desquamation de l'épiderme se fait en quelques points. La peau est le siége d'une démangeaison assez vive. Douleur de gorge à peine sensible, toux légère, respiration pure, pouls à 80. *Lait et bouillon, mauve édulcorée, lavement émollient.*

Le 11, démangeaison de la peau assez vive, l'épiderme s'enlève par larges plaques, la douleur de gorge est nulle; le pouls est normal, 76 pulsations. Le malade entre en convalescence. On le retient encore quelques jours à l'hôpital, pour ne pas l'exposer à de brusques variations de température, qui, dans cette saison surtout, deviennent souvent la cause d'anasarques plus ou moins graves chez les sujets convalescens de scarlatine.

— Lorsque le malade fut soumis à notre observation, en ne considérant que l'éruption dont la peau était le siége, il était assez difficile de décider si cet enfant était atteint de rougeole ou de scarlatine. Le médecin qui l'avait vu le matin et qui l'avait adressé à l'hôpital, avait diagnostiqué rougeole, et quelques-unes des personnes présentes à la visite avaient porté le même diagnostic. Il suffisait cependant de remonter aux prodrômes pour ne pas se méprendre sur la nature de l'affection. La douleur de gorge, le gonflement des amygdales, sans toux, sans coryza, sans éternuement, sans rougeur ni larmoiement des yeux ne laissaient pas de doute sur la nature de l'affection scarlatineuse. S'il était resté la moindre incertitude dans notre esprit, la marche ultérieure de la maladie l'eût bientôt dissipée. Car quelques heures après la visite, l'éruption était des mieux caractérisée. Il est rare qu'au début la scarlatine présente cette rougeur uniforme de couleur écarlate dont parlent tous les auteurs. Elle est plus souvent *piquetée;* et même cette forme d'éruption sur laquelle M. Guersent a surtout appelé l'attention, persiste quelquefois jusqu'à la fin de la maladie. C'est certainement la forme la plus commune chez les malades déjà atteints de maladies graves, qui contractent la scarlatine dans l'intérieur de l'hôpital.

—

Angine tonsillaire traitée avec succès par les évacuans.

L'angine qui accompagne une scarlatine dont la marche est franche et régulière, réclame rarement une médication énergique; elle disparaît avec la maladie dont elle n'est qu'un symptôme. Quant à celle qui est liée à un état catarrhal, elle est merveilleusement combattue par la méthode évacuante. L'observation suivante nous en offrira un exemple.

Mazure (François), âgé de 9 ans, sujet aux maux de gorge, entra à l'hôpital le 8 octobre, accusant trois jours de maladie. Au début, malaise général, céphalalgie, frissons irréguliers; douleur de gorge, gêne de la déglutition; la veille de son entrée fièvre intense, nausées, vomissemens.

Le 9, accablement, facies exprimant la souffrance, gêne notable de la déglutition, gonflement des deux amygdales surtout de la droite, voix nazonnée, céphalalgie, peau chaude; pouls 110 pulsations; langue rosée sur les bords, couverte à son centre d'un enduit blanc-jaunâtre, haleine bilieuse, soif vive, anorexie, ventre souple et indolent, une selle en dévoiement dans la nuit. *Dix-huit grains d'ipécacuanha et un demi-grain de tartre stibié, en deux prises; orge miellé, bain de pied sinapisé, cataplasmes autour du cou.*

Le 10, à la suite de la première prise du vomitif, le malade rend par le vomissement une grande quantité de matières verdâtres; il y a eu en même temps deux selles liquides. Les vomissemens sont accompagnés de beaucoup d'angoisse. La religieuse juge à propos, mais à tort, de ne pas donner la seconde prise de la poudre émétique. Quoi qu'il en soit, le malade dit se trouver ce matin on ne peut mieux; la déglutition est moins gênée, l'amygdale gauche est revenue à l'état normal, la droite conserve de la tuméfaction. La langue est large et humide: le ventre est souple, indolent; le malade n'a pas eu d'évacuation depuis celles qui ont suivi presqu'immédiatement l'administration du vomitif. L'accablement a disparu; le facies est naturel, la peau est moite, le pouls est descendu à 78.

Le 11, le mieux se soutient; pouls à 70; pas d'évacuation. *Lavement laxatif; bouillon aux herbes.*

Le 12, le pouls est sans fréquence, la peau sans chaleur; deux selles ont été rendues après le lavement. On accorde des alimens.

Le 13, sortie de l'hôpital.

Depuis quelques années la méthode antiphlogistique était presque seule employée dans les cas de ce genre. On ne saurait nier son efficacité; mais, il faut le dire, son emploi n'est jamais suivi d'une amélioration aussi rapide que celui de la méthode évacuante. Dans le cas actuel, cette médication était d'ailleurs indiquée par l'état général.

HOPITAL CIVIL DE LA ROCHELLE.

Pneumatocéphale externe, avec carie des os du crâne, guéri par le recollement de la calotte aponévrotique, sans exfoliation sensible;

Par M. Pinet, chirurgien en chef.

Pichot (François), âgé de 33 ans, menuisier, habituellement d'une bonne santé, sentit, il y a environ cinq ans, sans cause appréciable connue, se développer dans la région occipitale une petite tumeur qui, dans l'espace de six mois, acquit la grosseur d'une noix.

La tumeur, indolente, augmenta, et dans l'espace de deux ans, elle devint du volume du poing. Une ponction fut faite; la tumeur s'affaissa, puis se forma de nouveau, et souleva le derme chevelu au même endroit, dès que la petite plaie fut cicatrisée. Ce même phénomène se reproduisit à plusieurs reprises, et chaque fois la tumeur reparaissait toujours un peu plus haut que précédemment.

Il y a deux ans, Pichot entra à l'hôpital civil de la Rochelle pour une affection étrangère à la tumeur. Ce fut pendant son traitement que M. Pinet découvrit celle-ci : elle était indolente, et donnait un son tympanique à la percussion. Une petite incision donna issue à un fluide gazeux, et à l'aide de petits morceaux d'éponge préparée, on maintint écartées les lèvres de la plaie, d'où il ne s'écoula d'abord qu'une petite quantité de sérosité, puis une suppuration peu abondante.

Après quelques mois, et malgré tous les efforts, la plaie se cicatrisa; la même affection ne tarda pas à reparaître, et augmenta tellement pendant dix-huit mois, qu'elle s'étendit à presque tout le crâne.

Le 11 novembre, Pichot fut examiné avec soin et trouvé dans l'état suivant : tout le derme chevelu, soulevé et distendu, ne permet point d'atteindre par la pression les parois osseuses, et donne, par la percussion, une résonnance tympanique des plus prononcées. On ne sent point sur le pourtour de cette tumeur de crépitation emphysémateuse, mais sa surface présente un assez grand nombre de bosselures inégales. Sur la partie supérieure du crâne, il y a différentes grosseurs remarquables par leur mollesse, mais la plus considérable de toutes est située au-dessus de l'œil gauche, occupant la moitié gauche du coronal, et s'étendant dans la fosse zygomatique, jusqu'à l'arcade de ce nom; une autre bosselure assez petite, au-dessus de la bosse nasale, soulève la peau jusqu'à la partie moyenne du nez.

La forme générale de la tumeur ressemble à un énorme turban, faisant une saillie beaucoup plus considérable à gauche qu'à droite. La tête, mesurée avec beaucoup de soin, donna une circonférence de deux pieds cinq pouces. D'avant en arrière, elle avait un pied huit pouces; d'une oreille à l'autre un pied six pouces; des sourcils à la partie supérieure de la tumeur, sept pouces de hauteur.

Le malade avait conservé intacts ses cheveux très-noirs et très-épais; point de douleur à la tête, pas de pesanteur; seulement un sentiment de gêne causé par la tension de la peau. Du reste, état régulier et physiologique de toutes les fonctions.

Le 26 novembre, en présence de médecins consultans, M. Pinet pratiqua, à l'aide d'un trois-quarts rougi, dont il laissa la canule dans la plaie, une ponction explorative qui permit de recueillir le gaz (1), d'obtenir l'affaissement de la tumeur, de reconnaître la nature et l'étendue de l'altération des parties molles et osseuses. La tumeur s'affaissa aussitôt, et une légère pression acheva d'expulser la totalité du gaz; il ne sortit aucune autre matière. Le derme chevelu tombait en replis autour de la tête. Il fut aisé alors de s'assurer que toute la surface crânienne était parsemée d'éminences et d'enfoncemens. L'apophyse zygomatique gauche paraissait même en partie détruite et vacillante. Un stylet boutonné, introduit par la plaie, trouva les os dénudés très-rugueux. En outre l'ouverture fut agrandie, et le doigt, porté jusqu'aux régions mastoïdienne et pariétale, sentit très-distinctement les os dénudés et parsemés de rugosités.

On porta dans la plaie, le plus loin possible, une large mèche à séton, recouverte de plumasseaux et de compresses maintenues par un bandage approprié; le malade fut mis à l'usage d'une tisane de salsepareille avec addition de sirop de raifort.

Le 27, à la levée du premier appareil, on trouva le derme chevelu entièrement revenu sur lui-même, ne formant plus aucun repli, mais encore distendu par du gaz à la partie antérieure et supérieure du crâne. Nouvelle incision, sortie du gaz, constatation par le stylet de la même altération des os qu'à la partie postérieure. On fit des injections détersives : une mèche à séton fut introduite dans cette direction; la première fut renouvelée, mais sans pratiquer encore de contre-ouverture. En peu de jours il s'établit une suppuration peu abondante, épaisse, blanchâtre, mais d'une odeur fétide. Du pus s'étant accumulé dans la fosse zygomatique, on y pratiqua une contre-ouverture qui donna passage à la matière et à l'extrémité de la mèche. Une semblable contre-ouverture fut aussi faite à la plaie postérieure, dans la région mastoïdienne gauche. Pendant plus de deux mois, ces deux sétons ont été pansés et entretenus avec soin. Le malade continua l'usage d'une tisane amère et sudorifique, et il fut évacué plusieurs fois.

(1) Il fournit à l'analyse tous les caractères du gaz acide carbonique.

La santé un peu affaiblie s'améliora manifestement; la tête reprit sa forme ordinaire; les cheveux, toujours épais et noirs, s'allongèrent; le derme chevelu semblait être adhérent à presque toute la surface crânienne. Le toucher ne donnait plus la sensation de ces rugosités, naguère si évidentes, que dans une portion circonscrite des régions occipitale et mastoïdienne gauche. Le séton antérieur fut alors supprimé; on dirigea le postérieur vers la nuque, où existait un décollement profond. Deux mois de pansemens de ce séton ont amené le recollement des parties environnantes. A cette époque apparut encore un soulèvement gazeux dans la région mastoïdienne; la tumeur incisée, le gaz sortit, on introduisit de la charpie dans la plaie qui, ayant suppuré, se cicatrisa parfaitement.

Il faut dire, pour ne rien omettre des circonstances que M. Pinet a crues essentielles dans son observation, qu'à l'époque à laquelle fut posé le dernier séton, le malade fut soumis à un traitement antivénérien par le sublimé et les sudorifiques, parce que, fouillant dans ses souvenirs, il se rappela «avoir eu, à l'âge de 15 ans, un écoulement assez abondant, avec douleurs en urinant, lequel ne fût traité que par des boissons rafaîchissantes.»

LANCETTE DU 22, N. 130.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, PROFESSEUR.

Affection cancéreuse développée à la jambe gauche; amputation à lambeau; guérison. Quelques considérations sur les métastases purulentes après les amputations.

Une malade, âgée de 45 ans, d'une taille développée, d'une assez bonne constitution, entra dans le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de septembre, pour une affection cancéreuse qu'elle portait à l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Cette femme accusait plusieurs années de maladie, avait consulté bien des médecins sans succès, et enfin se présenta à l'hôpital où elle fut reçue et couchée à Saint-Jean.

L'examen du membre fit reconnaître une affection cancéreuse caractérisée par une plaie large comme la paume de la main, occupant la face externe de la jambe. L'articulation du pied avec la jambe paraissait envahie, et l'exploration que l'on en fit à l'aide d'une sonde cannelée démontra toute l'étendue de la maladie.

Cette femme ayant demandé avec instance l'amputation, le professeur crut devoir attendre quelques jours pour s'assurer des limites du mal (quelques glandes à l'aine étaient engorgées); et le 23 septembre, ces symptômes ayant disparu, il fit conduire la malade à la salle d'opération, et procéda à l'amputation comme il suit.

La malade placée sur un lit, contenue par des aides, tous les appareils étant visités, le professeur, muni d'un couteau droit à double tranchant, en porta la pointe transversalement au côté externe du membre, à l'endroit où devait commencer le lambeau, l'enfonça dans les chairs, et le fit sortir en dedans en rasant la surface des deux os de la jambe; et lorsqu'il jugea que ce lambeau avait une longueur suffisante, il en fit la section en tournant le tranchant en dehors et un peu obliquement en bas, pour que la partie inférieure du lambeau fut plus mince et s'adaptât plus exactement à la surface de la plaie. Un aide tint ce lambeau pendant que le professeur coupa à la partie antérieure du membre et d'un seul coup la peau et les muscles jusqu'à l'os, environ un pouce au-dessous de l'endroit où il devait être scié, puis ayant fait tenir en haut les parties molles avec une compresse fendue, il a terminé l'opération en faisant la section de l'os. La ligature des artères tibiales antérieure et postérieure et péronière étant faite, le professeur mena sur la face antérieure le lambeau formé aux dépens des muscles gastrocnémiens, soleaire et par les tégumens, et recommanda à l'interne de la salle de ne point comprimer, avec les bandelettes agglutinatives la peau contre la crête du tibia, cette pression ayant souvent déterminé l'ulcération, la suppuration des tégumens, ainsi que la saillie et la nécrose de l'os.

Le professeur a fait remarquer en cette occasion que l'amputation par cette méthode a ce désavantage, que souvent la pression exercée par la jambe de bois porte sur la face antérieure du membre, et que la cicatrice est exposée à être irritée. M. Larrey a vu ce genre d'amputation suivi d'accidens nerveux fort graves. Il a constaté que l'irritation nerveuse se manifestait beaucoup plus facilement qu'après l'opération suivant la méthode ordinaire. Dans un grand nombre de cas la suppuration s'établit et s'écoule avec beaucoup plus de difficulté, et les malades sont morts de fièvre nerveuse et de tétanos.

Il n'en a pas été ainsi pour la malade dont nous traçons ici l'histoire. Quelques accidens inflammatoires se sont bien developpés du côté du moignon, mais, grâce à un traitement bien entendu, ils ont été dissipés. Le pus qui était retenu sous le lambeau fut évacué, et la malade, trente-cinq jours après l'opération, sortit entièrement guérie.

— Six amputations ont été faites dans ce service pendant les quatre derniers mois qui viennent de s'écouler; trois malades ont succombé aux suites de l'opération; tous avaient des collections purulentes dans les poumons, le foie, etc.

Chez le premier malade qui était couché à Sainte-Marthe, l'amputation avait été pratiquée pour une tumeur blanche qui affectait l'articulation huméro cubitale du côté droit.

Suivant le malade, son affection avait débuté par

le gonflement de l'articulation, sans changement de couleur à la peau, avec douleur très-aigue, non étendue et se rapportant au centre de l'articulation. Difficulté à mouvoir le membre, et propension à le tenir dans la flexion, parce qu'alors il éprouvait moins de douleur. D'ailleurs, absence des signes extérieurs de l'inflammation.

A mesure que la maladie fit des progrès, la douleur augmenta, ainsi que la tumeur, qui devint élastique; la peau tendue laissait apercevoir à sa surface des veines variqueuses. Il se forma des amas purulens dans diverses parties de la circonférence de la tumeur. Ces collections abcédèrent, et après avoir fourni issue au pus qu'elles contenaient, elles se cicatrisèrent, et d'autres abcès leur succédèrent.

C'est à cette époque que le malade entra à l'Hôtel-Dieu.

M. Dupuytren ayant introduit une sonde dans une des fistules, et ayant pénétré jusqu'au fond, reconnut que les os étaient cariés. Il essaya pendant quelque temps de combattre le mal. Ce fut vainement; le désordre de l'articulation était tel, que la mort devait nécessairement s'en suivre. Le professeur résolut l'ablation du membre.

Quelques jours avant l'opération, on releva les forces épuisées du malade par l'administration de quelques toniques, pour éviter que les progrès toujours croissans du mal eussent consumé le peu d'énergie qui restait encore à la nature, et dont elle avait besoin pour produire une réaction favorable et nécessaire à la guérison.

L'opération fut faite avec soin le 29 du mois dernier; le malade ne perdit pas une once de sang; il la supporta courageusement; mais sa constitution était tellement appauvrie, ses forces étaient si épuisées, que ce ne fut que le cinquième jour que l'on s'aperçut d'un commencement de suppuration, qui fut accompagné d'un mouvement fébrile. Malgré des soins assidus, cet homme, jeune encore, mais épuisé, et dans un état de marasme complet, mourut après avoir paru pendant plusieurs jours promettre un succès plus favorable.

L'autopsie fit reconnaître des dépôts purulens dans les poumons et le foie.

On trouvât quelques jours après, chez une jeune fille amputée de la cuisse pour la même maladie, les mêmes altérations morbides. A l'occasion de ces deux malades, le professeur a présenté quelques considérations sur les métastases purulentes à la suite des grandes opérations.

Parmi le grand nombre d'accidens qui surviennent après ces opérations, il n'en est peut-être aucun, a-t-il dit, qui mérite plus d'attention de la part de l'observateur que ces dépôts purulens.

Les causes prédisposantes et occasionelles sont l'habitation dans un lieu froid et humide, surtout sur les bords des rivières, comme est situé l'Hôtel-Dieu, où règne constamment un air froid et humide, si pernicieux pour l'organe de la respiration, qu'il irrite continuellement, y occasionne et entretient une sorte d'inflammation chronique, et le dispose singulièrement à devenir le siége d'une infiltration purulente.

Rien n'est peut-être plus pernicieux et en même temps plus favorable à la formation des métastases sur l'organe du poumon, a ajouté le professeur, que cette détestable habitude qu'ont les sœurs, dans le but de renouveler l'air des salles, de faire ouvrir toutes les fenêtres. Beaucoup de malades ont succombé aux suites du refroidissement subit qu'ils en ont éprouvé.

LANCETTE DU 24, N° 131.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Bouillaud.

Résumé des cas de pneumonie observés

Par M. le docteur J. Pelletan.

Dans les numéros des 11 et 13 juin dernier de ce journal, j'ai publié la première série des cas de pneumonie observés à la clinique médicale de M. Bouillaud, depuis le 1er avril jusqu'au 25 mai inclusivement. Les observations qui font le sujet de ce second article appartiennent à des malades qui sont entrés dans les salles depuis cette dernière époque jusqu'au 31 août, jour où le cours de clinique a été fermé. Le temps un peu long qui s'est écoulé entre ces deux articles s'explique donc facilement, puisque, d'une part, il a fallu attendre, pour commencer celui-ci, la fin du mois d'août; et que de l'autre j'ai dû aussi le retarder jusqu'à ce que le dernier pneumonique que j'observais ait quitté l'hôpital, ou du moins ait été complètement guéri.

Je suivrai dans cet article une marche tout-à-fait semblable à celle que j'ai adoptée dans le premier, afin qu'il soit plus facile de les comparer ensemble et de les réunir en un seul et même travail.

Le nombre des pneumoniques admis dans ces trois mois derniers, n'a été que de seize, parmi lesquels il n'y avait pas une seule femme.

Si l'on compare ce nombre à celui que je donne dans le premier article, on trouvera une différence notable; ainsi, dans celui-ci j'avais constaté vingt-un cas en cinquante-six jours, tandis qu'à présent je ne trouve que seize cas pour quatre-vingt-dix-huit jours; ce qui donne, pour les mois d'été, une proportion bien moins grande pour la fréquence de la pneumonie, et qui est dans le rapport de 16 à 37. J'ai noté dans quels mois l'affection s'était déclarée, et j'ai trouvé que trois avaient commencé dans les six derniers jours de mai, quatre en juin, trois en juillet et six en août.

Dans neuf cas la pneumonie avait lieu à droite, et

dans huit cas à gauche. Ainsi donc, dans cette revue comme dans l'autre, les pneumonies droites sont un peu plus fréquentes que celles qui ont leur siége à gauche. Huit fois l'inflammation occupait le lobe inférieur, deux fois les lobes moyen et inférieur, quatre fois les lobes supérieur et moyen, et deux fois elle avait envahi la totalité d'un poumon (1). Dans ces cas encore, on peut remarquer la fréquence plus grande de la pneumonie des lobes inférieurs, que nous avons déjà constatée dans le premier article.

Sous le rapport de l'âge, je n'ai pas trouvé cette fois que les jeunes sujets fussent en plus grand nombre. Ainsi, il n'en existait qu'un seul âgé de seize ans, deux de vingt à trente, cinq de trente-cinq à quarante, deux de quarante à cinquante, deux de cinquante à soixante, et quatre de soixante à soixante-dix.

L'époque différente à laquelle ces individus sont entrés à l'hôpital après être tombés malades, est un point fort important à considérer; ainsi, chez un sujet la maladie s'est déclarée dans les salles même le lendemain du jour où il était entré pour y être traité d'une entéro-colite. Un autre fut amené quelques heures après l'invasion de la maladie. Dans ces deux cas les malades doivent être considérés comme étant entrés le premier jour de leur maladie. Un seul entra le second jour, quatre le troisième, deux le quatrième, cinq le huitième, un le neuvième et un le dixième.

Chez tous ceux dont il est ici question, la pneumonie a été accompagnée d'un point de côté bien marqué. Chez tous il y avait pleuro-pneumonie.

La cause qui avait donné lieu aux accidens dont ils se plaignaient, n'a pas toujours été, cette fois, bien positivement déterminée; quelques-uns n'ont pu, malgré les demandes les plus réitérées, la spécifier d'une manière bien précise. La plupart cependant se sont rappelé qu'un refroidissement subit avait préexisté à l'arrivée des premiers symptômes. Il est, dans ce cas, inutile de revenir sur leur description; ils sont, dans cette affection, d'une constance remarquable, et tout le monde les connaît. Ajoutons pour terminer la question des antécédens, que parmi ces seize malades, un seul avait déjà commencé à être traité; on lui avait appliqué en ville, 35 sangsues à l'anus; les autres s'étaient bornés à boire de la tisane, et trois seulement avaient pris une plus ou moins grande quantité de vin chaud sucré.

Maintenant il est utile de déterminer l'état dans lequel ces malades se présentèrent pour la première fois à notre examen. Cet état différa suivant le degré d'intensité auquel l'affection était arrivée.

Chez neuf malades on put, à leur entrée, évidemment constater les symptômes qui indiquent le premier degré, et le passage de ce degré au second. Ainsi une légère matité, du râle crépitant plus ou moins pur, du souffle en quelques points, des crachats rouillés, une voix aigrelette saccadée, 26 inspirations et 84 pulsations par minute, terme moyen. Dans cinq cas, les symptômes étaient parvenus à un degré plus grave, et l'on pouvait déjà constater ceux qui marquent le passage du second au troisième.

On observait alors des crachats rouge-briques, d'une légère couleur de réglisse ou de marmelade d'abricots. La matité était plus étendue et plus complète; le souffle était plus fort; le râle crépitant s'entendait à peine. Il existait une bronchophonie plus forte et plus sonore; enfin un pouls de 96 pulsations par minute, et 30 inspirations, terme moyen.

Dans trois cas enfin, les symptômes avaient acquis leur summum d'intensité, et les malades étaient dans un état tout-à-fait désespéré lorsqu'ils arrivèrent à l'hôpital, de deux surtout que je ne place ici que pour mémoire, en effet, l'un vint expirer quelques heures après son entrée, M. Bouillaud apprit sa mort en même temps que son arrivée; l'autre mourut 36 heures après son entrée, et ce professeur ne le vit qu'une seule fois.

Chez ces trois malades, la respiration était nulle et la matité complète dans toute la partie du poumon qui était en fonte purulente. Dans deux cas, il existait encore un peu de râle dans les parties affectées à un moindre degré. Les crachats étaient gluans, foncés de la couleur *jus de pruneaux;* il y avait, en outre, un souffle et un retentissement extrêmement marqués. Ces signes locaux étaient accompagnés, chez tous les trois, de symptômes d'adynamie, de prostration, causés par les énormes foyers purulens que contenaient leurs poumons.

D'après les considérations que j'ai fait valoir dans mon premier article, je ne devrai pas compter, lorsqu'il s'agira de constater les succès et les pertes, les deux malades dont je viens de parler, et qui vinrent expirer pour ainsi dire sans traitement dans les salles de la clinique; quant au troisième, qui vécut quatre jours dans l'hôpital, quoiqu'il soit évident pour tout le monde que son état ait été tout aussi désespéré que celui des deux autres (2), j'en ferai mention parce qu'il fut soumis à un traitement régulier. Ainsi donc, sur quatorze malades qui tous à leur entrée étaient dans un état grave, un seul succomba, tous les autres guérirent.

Je dois même citer ici, comme fait très-remarquable, l'observation d'un homme âgé de 63 ans, couché au n° 19, transporté depuis au n° 12, et qui nous a offert, à son entrée, tous les symptômes de la pneumonie passant du deuxième au troisième degré, ce malade présenta bientôt tous les phénomènes de la pneumonie arrivée au troisième degré; il était entré dans un état d'adynamie et de marasme des plus prononcés. Pendant trois jours tout espoir de le conserver avait été perdu; cependant il parvint à se rétablir complètement.

Dans plusieurs autres cas, la maladie fut aggravée par quelques complications d'une nature inquiétante. Dans trois cas, par exemple, il existait, en

(1) Nous avons remarqué que, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie du sommet donnait lieu à des phénomènes généraux, et particulièrement à des symptômes cérébraux plus graves, que la pneumonie des lobes inférieures.

(2) Il était en outre affecté d'une entérite intense.

outre, une entérite ou une entéro-colite intense, et, dans un cas seulement, un épanchement pleurétique.

Je dois noter ici une circonstance funeste qui vint détruire un des succès remarquables qu'on avait obtenus. Un malade, âgé de 50 ans, couché au n° 26, et affecté à son entrée d'une pleuro-pneumonie arrivée du deuxième au troisième degré, fut, au moyen du traitement énergique auquel il fut soumis, non-seulement mis hors de danger, mais en pleine convalescence. Déjà on lui donnait le quart d'alimens, lorsqu'on s'aperçut que la dernière saignée pratiquée avait produit un petit écoulement à l'endroit de la piqûre; bientôt tous les signes de la phlébite se déclarèrent, et le malade ne tarda pas à succomber avec tous les symptômes de l'adynamie.

Il est presque inutile de parler, dans cet article, de l'état pathologique dans lequel étaient les poumons des individus qui ont succombé. Ils ont offert le ramollissement gris, la désorganisation purulente d'une partie plus ou moins étendue du poumon, bornée par un état de ramollissement rouge qui indiquait un degré moins intense dans l'inflammation. Les bronches étaient rouges violacées et remplies d'un mucus analogue à la matière des crachats.

D'après les considérations que j'ai développées dans le premier article, il n'est pas besoin de revenir ici sur les détails du traitement, car les mêmes principes qui avaient guidé précédemment ont été suivis dans ces cas. Je me contenterai de présenter un tableau général semblable à celui qui existe dans le premier article.

On pourra ainsi, d'un coup d'œil, avoir une idée nette et précise des moyens qui ont été employés.

	Salle St-Jean.	Saign.	Ventous.	Sangs.	Vésicat.	Sinapisme.	Durée du trait.
N.	3 (2e au 3e d.),	5	»	60	»	2	9 jours.
	6 (1er au 2e d.),	4	»	40	»	»	4
	9 (1er au 2e d.),	5	»	40	1	»	10
	9 (1er au 2e d.),	3	»	50	»	»	14 Rech.
	10 (Légère)	2	»	25	»	»	4
	11 (1er au 2e d.),	7	2	30	1	»	23
	17 (2e au 3e d.),	8	»	102	2	2 pur.	21 Rech.
	18 (2e au 3e d.),	3	»	83	1	3 pur.	11
	18 (1er au 2e d.),	1	2	»	»	»	8
	19 (3e d.),	5	»	70	3	opiac. lav. laud. Ker. sinap.	12
	19 (1er au 2e d.),	2	4	»	1	»	11
	22 (3e d.),	4	2	»	3	ox.bl.d'a.	4 Mort.
	26 (2e au 3e d.),	5	2	54	1	»	9
	26 (1er au 2e d.),	5	2	30	1	»	5

Ce qui donne pour terme moyen du traitement sur chaque péripneumonique, quatre saignées, quarante-cinq sangsues, une ventouse scarifiée, un vésicatoire, et, sous le point de vue de la durée du traitement, dix jours.

Il est à remarquer que ces résultats sont presqu'identiques avec ceux que j'avais précédemment obtenus. En effet, si on veut les comparer, on verra que la seule différence existe dans le nombre des ventouses qui, dans la première revue, était de deux, terme-moyen pour chaque malade; mais cette différence est, pour ainsi dire, contre-balancée par la quantité des sangsues qui furent un peu plus souvent appliquées. En effet, le terme moyen actuel est de 45 à 46, tandis que dans la première revue, il était de 40 seulement.

Enfin pour terminer ce parallèle entre la première et la seconde série, la durée moyenne des convalescences a été environ de dix jours; terme un peu plus long que dans les premiers cas, mais je dois dire que pour établir ce chiffre, j'ai compté tout le temps que les malades ont passé dans l'hôpital depuis le moment où le quart des alimens leur était accordé jusqu'au jour de leur sortie; et personne n'ignore que quelquefois ils sont tolérés dans les salles pendant un temps souvent assez long, et lorsqu'ils sont tout-à-fait en état de reprendre leurs travaux.

Les résultats obtenus dans cette revue sont, ce me semble, assez concluans pour que je sois dispensé d'y joindre un commentaire. Ils s'accordent d'ailleurs tellement avec les premiers, ils offrent des chiffres tellement semblables, qu'ils méritent de fixer l'attention des personnes qui jugent sans idée préconçue. Je prends, au surplus, l'engagement de continuer ce genre de travail, et d'accumuler les faits qui se présenteront à mon observation. C'est maintenant la seule manière de persuader ceux qui cherchent la vérité, et de combattre ceux qui ne veulent pas la voir.

GAZETTE DU 26, n° 132.

HOPITAL D'ABOU-ZABEL.

Amputation partielle du pied dans l'articulation tarso-métatarsienne, pratiquée par le docteur Clot-Bey, *à Alexandrie, le 15 mai 1833, suivie de guérison.*

Mahomet, fils de Saad, âgé de 23 ans, natif des environs du Caire, matelot à bord du vaisseau n° 2, avait gardé, pendant une année, en continuant ses travaux journaliers, une blessure au pied gauche produite par la roue d'un chariot de canon, qui avait porté sur la région métatarsienne, et lacéré les tendons extenseurs des orteils. Quand le blessé se présenta à l'hôpital, les parties lésées étaient déjà passées à l'état de gangrène. La plaie fut détergée par les moyens appropriés; mais il en résulta une si grande perte de substance, que la cicatrisation de-

vint impossible. Les longues souffrances avaient jeté le malade dans un état marasmatique. De temps à autre, la gangrène reparaissait et détruisait en peu de jours tous les bénéfices de l'art; toutes les parties molles étaient frappées ou sur le point de l'être, et le ramollissement des os avait commencé.

C'est dans cet état que je présentai le malheureux à Clot-Bey, qui, après l'avoir examiné avec attention, résolut de pratiquer la désarticulation partielle, bien qu'il ne pût conserver le moindre lambeau à la partie supérieure. Il se proposa de remédier à cet inconvénient en recouvrant la plaie avec le seul lambeau plantaire; après avoir ainsi décidé de l'opération, Clot-Bey, la main armée d'un long couteau, fit une incision aux tégumens superposé à l'articulation tarso-métatarsienne où se limitait la plaie, plongea la pointe de l'instrument entre l'articulation des os du tarse et du métatarse, de dehors en dedans; divisa rapidement les tendons et les tégumens, et portant presque horizontalement le tranchant en dessous des os, tailla un lambeau suffisant pour recouvrir toute la plaie.

Il s'écoula très-peu de sang; et on n'eut pas besoin d'avoir recours aux ligatures. La plaie fut mise en contact avec le lambeau plantaire, qui fut assujetti par des bandelettes de diachylon.

Le premier pansement, fait trois jours après l'opération, présenta presque la totalité de la plaie réunie par première intention. L'état général du malade s'améliora de jour en jour. Il recouvra de l'appétit et des forces. La cicatrisation parfaite eut lieu au bout de deux mois environ, époque à laquelle il se forma un petit abcès à la région interne du pied, près de l'angle externe de la blessure, abcès qui fut ouvert et n'eut pas de suite.

L'état actuel de la partie permet à l'opéré le libre exercice de sa jambe, et le succès obtenu prouve la supériorité de la chirurgie moderne; car ce malheureux eut jadis été condamné à perdre la jambe, ou peut-être la vie en proie à d'affreuses douleurs.

Rétrécissement du canal de l'urètre, datant de deux ans, traité sans succès pendant tout ce temps par un grand nombre de médecins; sondé à l'aide du porte-empreinte; guérison obtenue avec cet instrument; impossibilité de sonder avec des sondes ordinaires;

PAR M. CLOT.

Un Arménien, âgé de 23 ans, habitant Alexandrie, était atteint, depuis deux ans, à la suite d'une blennorrhagie mal traitée, de rétrécissemens dans diverses parties du canal de l'urètre, pour lesquels il avait consulté un grand nombre de médecins européens, voyageant ou établis en Égypte, qui avaient mis en usage les bougies, la cautérisation, et étaient parvenus à en détruire d'eux; un troisième existait à la courbure de l'urètre, et avait résisté à plus de cinquante cautérisations, ainsi qu'à divers autres moyens.

A mon arrivée à Alexandrie, appelé en consultation par M. le docteur Estienne, je commençai par introduire une sonde exploratrice de petit calibre pour reconnaître la profondeur et la forme de ce rétrécissement. Parvenu à environ sept pouces, je sens de la résistance, j'appuie légèrement, et, contre mon attente, l'instrument pénètre dans la vessie. Tout-à-coup le malade pousse un cri de joie. Ah! dit-il, c'est la première fois qu'on y est parvenu depuis deux ans; laissez-le en place, je vous en prie, si vous le retirez, peut-être ne pourriez-vous plus l'introduire. Je le persuadai cependant de la nécessité d'y substituer une sonde creuse; j'essayai avec et sans mandrin, mais ce fut vainement. Je voulus alors introduire une sonde plus petite.... N'ayant pu y parvenir, je tentai de pénétrer avec une grosse, mais mes efforts furent encore inutiles. Je revins au porte-empreinte, et il pénétra de nouveau avec la même facilité que la première fois. Le malade le garda plusieurs heures, et ne le retira que pour uriner.

Le lendemain, j'introduisis encore le porte-empreinte, puis les sondes ordinaires; mais ces dernières toujours inutilement.

Je répétai la même opération les troisième et quatrième jours, même facilité pour l'introduction du porte-empreinte; même difficulté pour celles des sondes et des bougies.

Le cinquième jour, je voulus essayer une sonde exploratrice, elle éprouva un peu plus de résistance que la première fois mais elle pénétra néanmoins. Je crus que je parviendrais à introduire une sonde ordinaire; je le tentai, mais ce fut sans plus de succès.

Alors je me décidai à pratiquer au dernier porte-empreinte, deux ouvertures latérales ovalaires pour l'écoulement de l'urine; elle en sortit comme par une sonde ordinaire. A cette heure, le rétrécissement s'est un peu dilaté, et l'émission du liquide est devenue facile.

Je vais continuer ce traitement, et je ne doute pas que le malade n'obtienne bientôt une guérison complète.

En réfléchissant sur la facilité avec laquelle j'ai pu franchir les obstacles et pénétrer dans la vessie avec une sonde garnie de cire à mouler à son extrémité, et à l'impossibilité d'y arriver avec toutes les autres sondes que j'ai employées successivement, je pense que cela peut tenir à ce que la cire molle ayant sur les tissus malades une action plus douce que les autres matières, elles ne les irrite point comme elles, et, par conséquent, ne détermine pas des contractions spasmodiques dans le canal; ou bien à ce que cette même cire se moulant sur les anfractuosités du rétrécissement, s'y engage et peut conduire, après elle, l'instrument auquel elle est adaptée; tandis que les autres sondes, plus dures, s'arrêtent dans les replis du canal ou contre le bourrelet formé par la partie antérieure de la portion rétrécie; irritent les tissus et y déterminent une contraction qui s'oppose à leur passage. Je pense aussi que la courbure brusque qui se forme, dans le porte-empreinte, au point de réunion de la cire à la sonde, peut faciliter quelquefois son introduction.

Cette observation, due au hasard, me paraît mériter de fixer l'attention et d'être soumise au creuset de l'expérience. Ne pouvant le faire moi-même, cette maladie étant rare en Égypte, j'en laisse le soin aux praticiens français.

Vice de conformation ; absence de l'anus chez une jeune femme de vingt deux ans ; canal recto-vaginal ; issue volontaire des matières fécales par la vulve ; absence des menstrues ;

Par M. Ricord,

Chirurgien de l'Hôpital des Vénériens.

Monsieur et cher confrère,

Si vous croyez que l'observation suivante puisse intéresser vos nombreux abonnés, veuillez lui donner une place dans vos colonnes.

J'ai été consulté, il y a quinze jours, par une jeune dame âgée de vingt-deux ans, qui me dit qu'elle désirait être examinée, attendu que son amant l'accusait de lui avoir communiqué une blennorrhagie, ce qu'elle croyait être impossible, puisqu'elle n'avait eu de rapports avec personne autre que lui... Cette dame ajouta *qu'elle n'était pas faite comme les autres femmes*, et qu'en conséquence elle me priait de lui accorder un peu plus d'attention.

Étant fréquemment consulté par beaucoup de femmes sur de prétendues difformités, qui ne consistent le plus souvent que dans un peu plus de longueur d'une nymphe ou des caroncules myrtiformes, je n'attachai pas d'abord beaucoup d'importance à ce qu'on venait de me dire à ce sujet. Les parties génitales externes ne m'offrant rien de remarquable ou de malade, je fis l'application du spéculum. L'introduction de l'instrument fut très-facile. Les parties que déplissait son extrémité étaient parfaitement saines, et ne présentaient rien d'anormal. Cependant, la profondeur à laquelle j'étais déjà parvenu sans rencontrer le col utérin, commençait à m'étonner, lorsque je mis à découvert un bol de matières fécales qui simulait au toucher le museau de tanche, et des pepins de raisin, que j'avais pris pour des végétations.

Revenant alors à l'idée du vice de conformation dont on m'avait averti, j'examinai les organes de la génération avec le plus grand soin, et voici ce que je trouvai : les grandes et les petites lèvres, le clitoris et son prépuce, sont de grandeur normale et très-bien conformés; le méat urinaire est à la place accoutumée, et n'offre rien d'irrégulier ; la commissure postérieure de la vulve et la fourchette sont aussi à l'état normal ; mais, entre la commissure postérieure des grandes lèvres et la saillie du coccyx, il n'y a pas d'anus ; à la place que devrait occuper cet orifice, se trouve une tache brunâtre de la grandeur d'une pièce d'un franc, irrégulièrement radiée, et dépourvue de poils, tandis que le mont de Vénus et la vulve sont ombragés d'un système pileux abondant. L'anneau vulvaire, situé à la profondeur voulue, et dépourvu de caroncules myrtiformes, présente des rides excentriques formées par la membrane muqueuse, il jouit d'une certaine force de contraction, bien moindre que celle d'un sphincter anal, mais plus forte que celle des constricteurs ordinaires de la partie inférieure du vagin. Au-delà de cet anneau vulvaire le doigt peut être introduit sans douleur dans un canal qui, par sa position et ses usages, mérite le nom de recto-vaginal.

Le spéculum, qui n'occasionne aussi à cette femme aucune souffrance, met à découvert une membrane muqueuse sur laquelle les rides transversales ordinaires du vagin n'existent pas ; et, poussé dans toute sa longueur sans rencontrer la moindre coudure ni aucune ligne de démarcation qui puisse indiquer un changement de tissus, il n'est arrêté que par des matières fécales. Un doigt placé dans ce canal, tandis qu'une sonde de femme est introduite dans l'urètre et dans la vessie, ne sent, entre cet instrument et lui, qu'une épaisseur de tissu comparable à la cloison urétro-vaginale et vésico-vaginale. Le toucher, exercé sur tous les points, et le spéculum, introduit à la plus grande profondeur, ne laissent apercevoir aucun vestige de matrice.

Interrogeant cette femme sous le rapport de la défécation, de la menstruation et du coït, voici ce que j'appris :

Les garde-robes se font par la vulve ; elles sont entièrement soumises à la volonté ; les gaz s'échappent souvent involontairement. Lorsque les matières fécales arrivent contre l'anneau vulvaire, le besoin d'aller à la selle se fait sentir ; mais quand cette femme a satisfait à ce besoin, le doigt introduit aussi loin qu'il peut aller, ne rencontre plus rien ; elle a, du reste, le soin de prendre de suite une injection et de se laver, ce qui lui permet d'être toujours très-propre.

Jamais les règles n'ont paru sous aucune forme ; jamais il n'y a eu du sang, soit dans l'urine, soit dans les garde-robes.

Vivant depuis trois ans avec le même homme, celui-ci ne s'est jamais aperçu de son vice de conformation. Les premiers rapports sexuels qu'elle a eus n'ont point été douloureux : il n'y avait pas d'hymen à rompre, et j'ai dit, ailleurs, que chez elle la construction de l'anneau vulvaire est peu forte. Il existe des désirs vénériens ; seulement cette femme, qui éprouve les plaisirs de l'amour, dit qu'il lui semble, d'après ce que lui ont rapporté d'autres femmes, que ses désirs sont moins vifs, et ses jouissances moins fortes que chez les personnes du même sexe. Du reste elle est grande, svelte, bien faite ; ses formes et sa physionomie sont celles du sexe féminin ; ses seins sont très-développés, et n'ont jamais éprouvé, depuis l'âge adulte, de variations brusques dans leur volume. Enfin sa voix est douce comme l'est celle d'une femme.

Avant de terminer cette observation, dont les conséquences pratiques et morales sont faciles à déduire,

je dois ajouter qu'il y a trois jours, cette personne, qui n'était point malade lors de sa première visite, est revenue me voir, étant affectée d'une blennorrhagie urétrale, sans avoir rien à la vulve ni dans le canal recto-vaginal.

Agréez, etc.

22 octobre 1833.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ (de Bordeaux.)

Service de M. Moulinié, chirurgien en chef-adjoint.

—

Ostéite scrofuleuse de l'humérus; nécrose; extraction d'un sequestre.

Jean Delage, âgé de vingt ans, d'une constitution éminemment lymphatique, était entré à l'hôpital le 14 novembre 1831, pour être traité d'un gonflement du bras. Il n'y avait point de tumeur circonscrite, seulement une tuméfaction étendue.

On ne pouvait raisonnablement soupçonner l'existence d'aucun kyste, d'aucune tumeur anormale, mais il était évident que l'humérus était considérablement développé.

Le tempérament de l'individu jetait de la lueur sur le diagnostic, et faisait justement penser qu'il y avait gonflement lymphatique de l'os.

Des symptômes inflammatoires ne tardèrent pas à se déclarer, et leur marche fut d'une lenteur extrême. Les parties molles participèrent à l'inflammation du tissu osseux; des abcès se formèrent, et il en résulta des trajets fistuleux.

Il fut dès-lors facile d'explorer à l'aide d'un stylet. Cet instrument parvint à l'os; on reconnut qu'il était dénudé et altéré. Cependant le travail inflammatoire et les phénomènes ordinaires persistèrent long-temps, et après une suppuration de plusieurs mois, l'ostéite fut suivie d'une de ces terminaisons qui, pour ne pas être rares, n'en son pas moins fort curieuses. Je veux parler de la nécrose de l'os.

Au travers d'un des trajets fistuleux, on vit saillir une portion de la diaphyse de l'humérus. Il était facile de penser qu'un sequestre tendait à se détacher, mais il eût fallu beaucoup de temps pour que la sequestration s'opérât par le travail organique des tissus.

Après l'emploi de tous les moyens généraux propres à combattre la diathèse scrofuleuse et de divers topiques, reconnaissant la nécessité d'extraire un sequestre dont la présence au milieu des parties vivantes ne pouvait qu'être nuisible, M. Moulinié pratiqua une incision profonde de cinq à six pouces de longueur à la partie antérieure du bras, et à l'aide d'un levier, après quelques efforts, il parvint à détacher et à extraire le sequestre.

On vit alors une portion du corps même de l'humérus, ayant toute l'épaisseur de l'os, de trois pouces de longueur; la tête de cet os, ainsi que le reste de sa longueur, étaient demeurées saines.

Après l'extraction de ce véritable corps mort renfermé dans des parties vivantes, les parties molles se sont rapprochées.

Une vraie régénération s'est opérée, une nouvelle portion osseuse a remplacé celle qui avait été frappée de nécrose, le membre a conservé sa forme et toute sa longueur, et le malade, après avoir été présenté à l'amphithéâtre de clinique, est sorti de l'hôpital parfaitement guéri le 12 décembre 1832, et en état de travailler de son bras.

LANCETTE DU 29, N° 133.

—

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Guersent.

—

Affection cérébrale ancienne; céphalalgie presque continue depuis plusieurs mois, diminution progressive de l'intelligence et de la motilité; puis symptômes d'encéphalite, mutisme, respiration stertoreuse, résolution des membres, paralysie de la vessie; emploi des émissions sanguines et des purgatifs; pas de changement; application d'un seton à la nuque; marche rapide vers la guérison.

Delorme, âgé de 7 ans, entra à l'hôpital le 9 avril. D'après les renseignemens fournis par les parens, ce garçon reçut à l'âge de cinq ans et demi, un coup de pied de cheval qui atteignit l'avant-bras, et détermina la fracture des deux os, et une solution de continuité des parties molles, dont le malade porte encore la cicatrice. Cet accident le retint cinq mois au lit. Du reste, à aucune époque de sa maladie, il n'éprouva des convulsions, ni du délire. Il était à peine convalescent depuis deux mois lorsqu'il fut pris, au mois d'avril 1832, d'un choléra assez intense qui nécessita un traitement de deux mois de durée.

Vers le commencement de 1833, il fut pris de céphalalgie, il devint triste, et se livra avec moins d'ardeur à ses jeux habituels. Du reste, il ne présenta jamais le moindre trouble des fonctions digestives, et continua à manger comme à son ordinaire; il éprouvait par intervalles de la somnolence. Vers le commencement de mars, l'intelligence s'affaiblit, l'articulation des sons devient gênée, la progression difficile; plusieurs fois le malade chancela sur ses jambes comme un homme ivre.

Le 10 avril, à la visite du matin, il offrit les symptômes suivans : Décubitus dorsal, tête fortement inclinée à droite, contraction des muscles du cou, face rouge, animée, articulation des sons très-difficile; il prononce quelques mots inintelligibles, mais com-

prend parfaitement les questions qu'on lui adresse ; lorsqu'on l'interroge sur le siége de son mal, il indique la région occipitale de la tête ; les pupilles sont très-dilatées, elles sont peu sensibles à l'action de la lumière, les yeux sont chassieux ; il y a paralysie de la vessie qui est distendue par une très-grande quantité d'urine, et se présente sous la forme d'une tumeur saillante au-dessus des pubis, paralysie incomplète des membres inférieurs, qui conservent leur sensibilité ; les membres supérieurs sont libres ; la langue est naturelle, la déglutition est normale, pas de nausées, de vomissemens, ni de diarrhée. Ventre indolent ; peau médiocrement chaude, pouls à 124 ; toux par intervalles, râle muqueux dans la poitrine. *Chiendent hydromel, 12 sangsues derrière les oreilles, lavement purgatif, sinapismes aux membres inférieurs, diète.*

Le 11, pas de changement notable. Un vomissement, et une selle abondante après le lavement purgatif. *Vésicatoire entre les deux épaules.* On pratique le cathétérisme pour vider la vessie.

Le 12, décubitus sur le ventre, occlusion des paupières, pupilles très-dilatées et très-sensibles à l'action de la lumière, 150 pulsations, 32 inspirations par minute. Articulation des sons de plus en plus difficile, défécation et émission des urines involontaires. *Huit grains de calomel en deux prises, sinapismes aux membres inférieurs.*

Le 13, mutisme complet, face rouge animée, contracture des muscles du côté droit de la face et du cou, relâchement de ceux du côté gauche, résolution des membres inférieurs, sensibilité obtuse, respiration stertoreuse, 40 inspirations et 136 pulsations irrégulières, trois vomissemens, une selle diarrhéique. *Calomel 10 grains, séton à la nuque.* Pendant l'application du séton, il ne pousse pas un seul cri, et ne donne aucun signe de souffrance.

Le 14, à la visite du matin, changement notable ; il répond à quelques-unes des questions qu'on lui adresse, mais toujours avec difficulté, il éprouve le besoin d'uriner et demande le vase ; la sensibilité est moins obtuse, la respiration, suspirieuse par instant, a cessé d'être stertoreuse, les traits sont moins altérés ; pouls petit, à 128 pulsations régulières ; respiration à 32. Pas de vomissemens, pas de selles. On continue le calomel.

Le 15, les pupilles sont à l'état naturel, la parole est moins embarrassée ; le malade ne se plaint plus de la tête, la sensibilité est égale des deux côtés du corps, la respiration est toujours suspirieuse, les mouvemens des membses inférieurs deviennent plus faciles. Trois selles en dévoiement, un vomissement ; le malade n'a uriné qu'une fois dans son lit. *Arnica, un scrupule pour 8 onces d'eau ; un léger bouillon de trois en trois heures.*

Les jours suivans, l'amélioration va toujours croissant.

Le 22, il se lève lui-même pour aller sur le bassin. On lui accorde des alimens. Il quitte l'hôpital le 3 mai, entièrement guéri.

Deuxième observation. *Pleurésie diaphragmatique du côté droit ; symptômes graves ; traitement antiphlogistique énergique ; guérison.*

Delorme, âgé de 13 ans, boutonnier, d'une constitution peu forte, d'une santé habituellement délicate, est pris dans la soirée du 6 mai, d'un frisson violent suivi de fièvre, de toux et de douleur de poitrine ; il s'alite, et dès le lendemain tous les symptômes s'exaspèrent, la fièvre est intense, la soif vive, la douleur occupe l'épigastre, l'hypocondre droit et la partie inférieure droite du thorax ; elle est exaspérée par la toux et les plus légères inspirations ; des vomissemens surviennent. On le transporte à l'hôpital où, à son arrivée, on lui applique 15 *sangsues sur l'hypocondre droit.*

Le 8, à la visite du matin, décubitus dorsal, face exprimant l'anxiété, la souffrance, dyspnée intense, respiration suspirieuse, courte, incomplète ; douleur vive que le malade rapporte à l'épigastre et à l'hypocondre droit ; toux petite, sèche, incessante, exaspérant notablement la douleur. Expectoration nulle ; la percussion de tout le côté droit du thorax est douloureuse. Du reste pas de matité ; à l'auscultation pas de râles, ni d'égophonie, ni de crépitation ; fièvre intense, peau chaude, 128 pulsations par minute, et 60 inspirations ; la respiration est haute, costale, le diaphragme et les muscles abdominaux paraissent n'y prendre aucune part. Au milieu de ces graves symptômes, la langue reste naturelle, le ventre est indolent dans les deux tiers inférieurs ; il existe une légère diarrhée antérieure à la maladie. Deux vomissemens ont eu lieu dans la nuit. *Saignée du bras, mauve, julep gommeux, diète.*

Le 9, le sang est recouvert d'une couenne épaisse. La respiration est descendue à 36, et le pouls à 116. Du reste, la douleur persiste avec la même intensité, et la toux conserve sa fréquence. Vomituritions répétées ; diarrhée. *Ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine.*

Le 10, 92 pulsations, 28 inspirations, la douleur est moins vive. La toux persiste, la respiration est toujours haute, costale. Matité et égophonie à la partie inférieure et postérieure du côté droit du thorax. Exaspération de la fièvre le soir.

Le 11 la toux, toujours fréquente, est plus humide, la peau est moite, le pouls bat 100 fois par minute ; la respiration est toujours accélérée et anxieuse, 40 inspirations par minute ; la douleur persiste ; les traits sont un peu moins altérés. Les nausées et les vomissemens ont complètement cessé ; le ventre est indolent ; une ou deux selles diarrhéiques chaque jour. La percussion du côté droit de la poitrine est toujours douloureuse. Le son est toujours mat dans une très-petite étendue. L'égophonie est évidente.

Le 12, *vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.*

Le 13, exaspération de la fièvre, agitation très-grande, plaintes continuelles.

Le 14, amélioration notable ; le pouls a sensiblement diminué de fréquence ; la douleur est à peine sensible. *Bouillons.*

Les jours suivans la dyspnée et la toux diminuent progressivement.

Le 18, on prescrit le *quart de la portion.*

Le 23, le malade quitte l'hôpital entièrement guéri.

LANCETTE DU 31, N° 134.

OBSERVATION

De fièvre intermittente double-tierce, suivie d'alopécie générale, ou perte complète des cheveux et des poils;

Communiquée par M. Mayaudon fils,

Chirurgien à Bassens-Carbon-Blanc,

et revue par M. J.-J. Cazenave, D. M. P.

Pierre R.... tonnelier, 23 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une force physique remarquable, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois d'août de l'an dernier, avait à cette époque des cheveux blonds fort épais; une barbe, des cils et des sourcils abondamment fournis; le creux des aisselles, le devant de la poitrine et le pubis, pourvus de poils longs et nombreux. Les ouvertures de l'anus, des narines et toutes les autres parties du corps ordinairement velues l'étaient alors, ce qui donnait à ce jeune homme, porteur d'une physionomie très-agréable, cet air viril, cette noble assurance, cet air de satisfaction si naturels et si pardonnables à son âge.

Travaillant à Montferrand dans le mois d'août 1832, il y fut pris d'une fièvre intermittente. Dès les premiers accès, H... revint chez lui, à Bassens, et habita le bas d'une maison qui n'a ni carreaux, ni parquet (1). Arrivé là, le malade eut quatre accès de fièvre double-tierce, dit M. Mayaudon, durant chacun desquels on nota ce qui suit :

Face rouge et animée, céphalalgie très-forte, yeux étincelans, langue sèche, soif ardente et vomissemens répétés de matières bilieuses, mais seulement pendant la période algide, qui est longue et d'une remarquable intensité; pouls large, vite et plein; peau sèche et brûlante. La chaleur succédant au froid est forte, mais de courte durée, la sueur du déclin des accès est très-abondante et fatigue beaucoup le malade.

Notre confrère saigna H..., prescrivit l'application de 10 sangsues à l'épigastre, des boissons délayantes et mucilagineuses, une diète absolue et quelques autres moyens secondaires. Ces diverses médications ayant fait disparaître la congestion cérébrale et l'irritation gastrique qu'on avait observées au retour des accès, on donna 15 grains de sulfate de quinine dans 6 onces de véhicule durant chaque apyrexie.

La fièvre parut céder d'abord sous l'influence de l'anti-périodique par excellence, qu'on continua à doses décroissantes pour en éviter le retour. Mais les accès reparurent bientôt à jour passé, puis tous les quatre ou cinq jours, malgré l'usage du sulfate de quinine. On notera que la céphalalgie persista pendant un mois à dater du commencement de la maladie. Quoi qu'il en fût de cet état, que M. Mayaudon dit avoir été une convalescence lente et pénible, la perte des cheveux, puis celle des poils de tout le corps, commença immédiatement après les premiers jours de fièvre, s'opéra graduellement, et fut complète en deux mois.

H..., fatigué par l'opiniâtreté d'une fièvre dont on n'avait pas pu le débarrasser, quoi qu'on eût fait, prit le parti de venir à Bordeaux, où sa santé se rétablit sans médicamens presqu'aussitôt qu'il y fut établi. Du reste, l'ex-fiévreux regrette vivement et la diminution très-sensible de ses forces physiques, dont il était fier, et la perte de ses cheveux et des poils, qu'il rêve toutes les nuits avoir recouvrés.

Exploration de toutes les surfaces cutanées.

La peau de la région occipito-frontale chez H..., a ceci de fort remarquable, c'est que tous ses points sont glabres, ne laissent apercevoir aucune trace de cheveux, même à l'aide d'un microscope, n'offrent plus cette texture dense, compacte et serrée qui caractérise le cuir chevelu, et sont au contraire d'un poli satiné, doux au toucher, d'une couleur rosée, et en tout semblables aux surfaces cutanées les plus à l'abri de l'impression de la lumière et du contact de l'air chez les jeunes femmes. Toutes les autres régions du corps où l'on observait des poils, des cils, des sourcils et de la barbe, offrent la même particularité, et je n'ai même pu découvrir nulle part (toujours avec un microscope) ce si léger duvet qu'on distingue à peine sur la lèvre supérieure des filles pubères.

Le pénis a de très-petites dimensions, et paraît être d'une *semi-raideur* habituelle qu'on prendrait aisément pour un commencement d'érection; sa peau est lisse et le gland constamment découvert. Les testicules, beaucoup moins gros qu'ils ne le sont ordinairement à l'âge d'H..., sont très-rapprochés de la verge; la peau du scrotum est ferme, tendue, et n'offre pas une seule ride. En somme, H... m'a déclaré plusieurs fois :

1° Être issu de parens sains, d'une bonne constitution, n'ayant jamais perdu leurs cheveux et les portions du système pileux visibles pour lui, leur fils;

2° N'avoir éprouvé lui-même, jusqu'au mois d'août 1832, que de très-légères indispositions, et

(1) Cette maison est dans la palu de Bassens à une centaine de pas de la Gironde.

n'avoir conséquemment jamais eu, ni la syphilis, ni des maladies de la peau;

3° N'avoir jamais connu de femmes, ne jamais s'être livré à la masturbation, et n'avoir même jamais eu à vaincre le besoin ou le désir du rapprochement des sexes, qu'il n'a jamais éprouvé.

(*Bull. de Bord.*)

CHOLÉRA-MORBUS DE PARIS.

Nous avons cessé de donner des bulletins du choléra depuis quelques jours, parce que l'épidémie paraît être réellement près de sa fin. Depuis huit à dix jours, très-peu de malades ont été reçus dans les hôpitaux, et la plupart des cas offrent peu de gravité. Du reste, nos lecteurs peuvent être certains que nous les tiendrons toujours au courant des progrès de la maladie, et que si quelque récrudescence nouvelle se manifestait, nous aurions soin de leur fournir des chiffres exacts comme par le passé.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LEGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHATELET, VILLERMÉ.

OCTOBRE 1833.

DES PUITS FORÉS OU ARTÉSIENS

Employés à l'Évacuation des eaux sales et infectes et à l'Assainissement de quelques fabriques.

—

RAPPORT

FAIT A M. LE CONSEILLER D'ÉTAT PRÉFET DE POLICE,

PAR MM. GIRARD ET PARENT-DUCHATELET,

Membres du Conseil de salubrité, et délégués par lui pour l'examen de cette affaire (1).

L'art de forer la terre, pour en faire surgir des sources d'eau potables, est pratiqué depuis des siècles; on ignore quel en est l'inventeur, et son origine se perd dans la nuit des temps; tout porte à croire qu'il a dû être imaginé par les mineurs, qui en ont sans cesse besoin dans l'exercice de leur travaux; il existe en Orient des puits étroits et très profonds, désignés sous le nom de puits grecs, et qui n'ont pu être percés qu'à l'aide de machines; les Chinois, au rapport de quelques missionnaires, sont fort habiles dans l'art de manier la sonde du fontainier, et ils l'emploient avec succès dans toutes les régions de ce vaste empire.

Dans nos climats, le forage de la terre, pour faire communiquer avec la surface les nappes d'eau inférieures, était, jusque dans ces derniers temps, resté, en quelque sorte, le domaine exclusif des habitans de l'Artois, dénomination d'une de nos anciennes provinces; et comme tout concourt dans ce pays à faciliter son exécution et à en rendre le succès certain, il était abandonné à des ouvriers peu instruits, et qui ne se dirigeaient en tout que par la routine.

La Société d'Encouragement pour l'industrie nationale, à laquelle nous sommes redevables de tant de découvertes et d'améliorations, voyant avec peine que deux au trois de nos départemens jouissaient seuls des avantages que les puits forés fournissent à l'agriculture et aux diverses industries, résolut d'en propager l'usage. Afin d'atteindre ce but, elle demanda, en 1818, à ses deux comités d'agriculture et des arts mécaniques, de lui présenter le programme d'un concours *pour le Manuel, ou la meilleure instruction élémentaire et pratique sur l'art de percer, ou forer, à l'aide de la sonde du mineur ou du fontainier, les puits artésiens, depuis vingt-cinq mètres de profondeur jusqu'à cent mètres et au-delà;* la rédaction de ce programme fut confiée, par les deux comités, à M. Héricart de Thury. Un homme aussi habile ne pouvait pas manquer d'envisager la question dans toute son étendue; il ne se contenta pas d'exiger l'indication des moyens les plus efficaces pour éclairer les fontainiers-sondeurs, perfectionner leurs procédés, multiplier les puits, en rendre l'exécution plus facile, et les mettre à la portée des habitans des campagnes; il demanda en outre des détails minéralogiques et géologiques sur les pays et les régions qui, par leur constitution, pouvaient, au premier aspect offrir quelque chance de succès, ou donner la certitude qu'on y chercherait en vain des eaux jaillissantes. Les intentions de la Société d'encouragement furent remplies; M. Garnier, ingénieur en chef au corps

(1) Les adjudicataires de la voirie de Bondy, ne pouvant pas donner d'écoulement aux liquides, et, par suite, dessécher les matières fécales qu'elle contenait, eurent recours à un puis foré très profond, qui leur permit de perdre, en vingt-quatre heures, jusqu'à deux cents mètres cubes de ces liquides; mais l'administration, instruite de ce fait, et effrayée des conséquences fâcheuses que pouvaient avoir ces eaux sales, sur la salubrité des eaux inférieures, commença par fermer le puits et renvoya l'examen de cette affaire au conseil de salubrité. Le rapport suivant est le résultat des recherches auxquelles se livra, à cette occasion, la commission prise dans le sein de ce corps.

royal des mines, lui envoya, en 1821, le travail le plus complet qu'on eût eu jusqu'alors sur l'art du sondeur, et en particulier de celui du fontainier, ou perceur de puits artésiens.

Depuis cette époque, jusqu'en 1828, la Société d'encouragement n'a cessé de distribuer des prix, des médailles, et d'autres récompenses, à des ménaniciens-sondeurs, ou à de simples particuliers qui, d'une manière ou d'une autre, avaient foré ou facilité le forage de puits sur un point quelconque du territoire français; plusieurs de ces puits, creusés dans les départemens de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne, de l'Oise, de l'Aisne, avaient eu un plein succès.

Tel était chez nous, en 1828, l'état de l'art du sondage des puits forés, lorsque la Société royale et centrale d'Agriculture, considérant les avantages fournis aux villes et aux habitans des campagnes, par cette industrie, crut qu'il était de son devoir de provoquer de nouvelles recherches, par l'annonce de trois prix qu'elle se proposait de distribuer en 1830. Les concurrens devaient fournir des notions sur la profondeur des puits forés par eux, sur le volume d'eau obtenue, et sur la température de cette eau; ils devaient y joindre des échantillons de terre et pierre pris dans les diverses couches de terrains traversés par la sonde, avec la note des épaisseurs de ces couches et les mémoires de toutes les dépenses de sondage. Pour faciliter aux concurrens les moyens de reconnaître les terrains les plus propres ou les plus favorables pour le percement de puits forés, la Société arrêta qu'à la suite de son programme seraient jointes des considérations géologiques et physiques, dont la rédaction fut encore confiée à M. Héricart de Thury.

Ce programme eut un retentissement auquel ne s'attendait pas la modeste, mais savante Société qui le publiait; les nations voisines s'en emparèrent: l'Espagne, l'Italie, la Belgique, la Hollande, la Russie, l'Egypte, la Colombie, les Antilles, en distribuèrent chez elles des traductions; et dans d'autres pays, tels que l'Angleterre et l'Amérique, les puits forés, qu'on y connaissait déjà, prirent une nouvelle faveur, et se multiplièrent partout d'une manière remarquable; en France, de nombreuses associations se formèrent pour l'acquisition de sondes artésiennes; la concurrence s'établit entre les ingénieurs civils, non-seulement à Paris et dans les grandes villes du nord et du midi, mais jusque dans les villages; plusieurs d'entre eux, stimulés par l'honneur des difficultés vaincues, entreprirent des sondages gratuitement et à leurs risques et périls, ils formèrent des élèves et montèrent des fabriques d'instrumens. Grâce aux bienfaits de l'ordre et de la paix, des centaines d'hommes sont aujourd'hui occupés à forer notre sol et à mettre en évidence les richesses de tout genre qu'il recèle dans son sein.

Il n'entre pas dans notre sujet de parler de tous les forages pratiqués dans Paris et sa banlieue, ou dans nos départemens; ces détails, remplis d'intérêt et qui jettent tant de jour sur la géologie, appartiennent de droit à ceux qui font de la minéralogie et de l'industrie une étude spéciale; mais nous devons nous arrêter sur un de ces puits, qui a présenté dans sa construction des circonstances particulières, et qui, par suite, a donné naissance à la question que nous sommes appelés à discuter dans ce rapport.

Le conseil municipal de Saint-Denis, considérant le succès de quelques puits artésiens, creusés à peu de distance de ses murs, pensa, avec raison, que la nappe qui les alimentait, devant passer sous la ville même, il serait facile d'en faire surgir les eaux, et d'en doter les habitans; en conséquence, un marché fut conclu avec MM. Flachat, et un premier puits, creusé près la poste aux chevaux, amena, de 62 mètres de profondeur, 270,000 litres en vingt-quatre heures. Quatre nappes d'eau, bien distinctes, ont été reconnues dans ce percement.

Un des avantages des puits forés, est de fournir en tout temps et d'une manière constante la même quantité d'eau; mais jusqu'ici on n'a pas trouvé le moyen d'en arrêter à volonté le cours, il faut à cette eau un écoulement continuel; autrement la force qui la fait monter, agissant sur elle sans interruption, lui ouvre d'autres passages entre le sol et les tuyaux, d'où résultent des désordres dont on ne peut pas calculer les conséquences; l'Angleterre en a fourni il y a quelques années un exemple remarquable (1).

L'eau de la fontaine de Saint-Denis, se répandant dans la rue, n'eut que des avantages pendant le cours de l'été; mais les gelées étant survenues, les glaces s'accumulèrent sur la partie de la voie publique, parcourue par l'eau provenant de la fontaine, et tant que dura la saison rigoureuse, il fallut tous les jours recourir au travail des hommes pour la faire disparaître.

Cet inconvénient grave arrêta pendant quelque temps le conseil municipal de Saint-Denis, pour l'établissement d'une nouvelle fontaine qu'il voulait ériger sur la place aux Guelfes traversée par la route de Paris; pouvait-on laisser envahir par les glaces une grande route parcourue tous les jours par plus de dix-huit cents voitures et quatre à cinq mille chevaux? la question était grave, mais elle fut bientôt décidée par la proposition de M. Mullot, ingénieur civil distingué des environs de Saint-Denis, et qui ayant déjà percé, avec succès, plusieurs puits dans ce canton, et connaissant les ressources que lui présentaient les localités, s'engagea avec la ville *a faire perdre à volonté, dans l'intérieur de la terre, les eaux amenées à la surface du sol, après qu'elles auraient produit au dehors l'effet qu'on pouvait désirer.*

Le nouveau puits fut foré à la profondeur de 65 mètres (202 pieds); il traversa comme le premier quatre couches d'eau et l'on disposa dans les intérieurs trois tubes concentriques semblables à ceux d'une lunette d'approche, avec cette différence qu'au lieu d'être à frottement comme dans l'instrument d'optique, ils étaient séparés l'un de l'autre par un espace de 0,14 mètres, deux pouces environ: par l'intérieur du plus petit de ces tuyaux, l'eau fournie par la nappe la plus profonde fut amenée à la surface du sol; l'eau de la nappe située à 54,90 mètres (166 pieds) fut recueillie de la même manière par l'espace compris entre le plus petit

(1) Le jet de la fontaine établie par M. Lord, membre de pension, à Tooling, ayant été fermé, l'eau agit au-dessous avec une telle puissance, qu'elle se fit jour tout autour, à une distance de plus de dix toises; elle aurait infailliblement entraîné le mur de la propriété, si on ne s'était hâté de lui donner un cours libre.

tuyau et l'intérieur du moyen, enfin le troisième tuyau en enveloppant tous les autres ramenait et faisait perdre dans la troisième nappe non ascendante les eaux des deux autres; il n'est pas ici question de l'eau alimentant les puits du pays; elle se trouve à deux ou trois mètres en contre-bas du sol.

Cette manière de disposer les tubes concentriques est une nouvelle invention due à l'ingénieur Mullot; elle présente l'avantage de ramener par un même puits foré à la surface du sol des eaux jaillissantes de différentes natures qui peuvent être utiles, et qu'il importe cependant de ne pas mélanger; mais c'est surtout par l'écoulement facile des eaux surabondantes qu'elle se fait remarquer, avantage inappréciable dans une foule de localités et particulièrement dans celles qui se trouvant en contrebas du sol environnant seraient inévitablement submergées si ces eaux n'avaient pas d'issue (1).

Nous voici arrivés à la question qui fait le sujet de ce rapport et pour l'intelligence de laquelle nous avons dû entrer dans les détails précédens; débarrassés de ces préliminaires indispensables pour nous faire comprendre, et sans être arrêtés à chaque pas par la nécessité d'interpréter nos pensées et nos propres expressions, nous entrons en matière.

En 1818, une fabrique de fécule de pommes de terre s'établit à Villetaneuse, petit village à une lieue de Saint-Denis et situé au milieu des terres, mais elle ne fut autorisée que le 12 juillet 1822.

Cette fabrique, construite d'abord sur une très petite échelle, prospéra, et prenant tous les ans de nouveaux accroissemens, elle devint une véritable manufacture, employant par jour trois à quatre cents tonnes d'eaux, ou environ 80,000 litres.

Ces eaux, chargées de détritus végétaux, d'albumine végétale, d'une matière animale d'une nature particulière et de tous les autres principes solubles de la pomme de terre, avaient pour écoulement un petit ru, de deux à trois décimètres de largeur, creusé en pleine terre, lequel se déversait dans le ruisseau d'Enghien après un trajet d'une demi-lieue dans la plaine.

Les substances végétales diverses, tenues en suspension dans cette eau, réagissant les unes sur les autres, ou sur les sulfates, carbonates et autres sels contenus dans l'eau, déterminaient une formation abondante d'hydrogène sulfuré, lequel se faisait sentir non-seulement dans tout le trajet du ru, mais encore dans toute la partie du ruisseau d'Enghien qui se trouvait au dessous de l'endroit où elle y tombait; plusieurs habitans et propriétaires d'Epinay, tous ceux de Coquenard et de la Briche, adressèrent des plaintes à l'administration et accusèrent la fabrique de fécule; ils furent appuyés par quelques jardiniers de la plaine qui ne pouvaient plus se servir de l'eau du ru pour laver les légumes, dans l'arrière-saison.

Le propriétaire de la féculerie, pour faire cesser ces plaintes, prit d'abord le parti de creuser, dans son établissement même, des puisards dont le fond atteignait la nappe d'eau qui alimente les puits du pays; mais soit que ces puits aient été gâtés par l'infiltration des résidus de la fabrique, ce qui n'est pas démontré, soit que les voisins aient redouté cette altération, on exigea du fabricant que les puisards fussent comblés, ce qui fut exécuté.

Sur la demande et d'après l'avis du conseil de salubrité, d'autres puisards plus grands et plus nombreux furent creusés dans la plaine, deux ou trois mètres plus bas que le sol de la féculerie; mais on trouva là, presque au niveau de la terre, la nappe des eaux naturelles qui s'opposèrent à toute infiltration : on ne pouvait en effet établir dans cet endroit une pression par l'action d'une colonne d'eau, comme on le fait aisément dans un puits qui forme récipient; ces puisards ne servirent donc qu'à séparer des eaux de la fabriques les parties les plus lourdes; ils en furent bientôt remplis; mais les réactions chimiques trouvant dans cette nouvelle position des facilités plus grandes pour s'exercer, l'eau qui passait sans cesse sur ces résidus et qui en absorbait tous les gaz, arrivait dans la plaine, et de là dans les propriétés inférieures, plus sale et plus impure qu'auparavant : de là, aggravation du mal, plaintes réitérées, procès-verbaux des autorités, mort du poisson dans un étang, visites de plusieurs commissions et procès divers intentés par les locataires contre les propriétaires et par ces derniers au fabricant de fécule, cause première de tous ces maux.

Trois commissions diverses du conseil de salubrité, ayant à plusieurs reprises constaté la vérité des faits, reconnu que les plaintes étaient fondées, et que le mal provenait de la féculerie, pensèrent toutes « qu'il y avait lieu de la part » de l'administration à prescrire au propriétaire de la fécu- » lerie de ne plus laisser écouler les eaux de sa fabrique » dans le ruisseau venant d'Enghien, soit en lui donnant un » écoulement différent, *soit en les perdant dans un courant d'eau souterrain au moyen de puits ou de trous faits avec la sonde du fontainier-sondeur*, soit par tout autre moyen qu'il jugerait convenable. Ces dispositions furent approuvées par l'administration, qui les fit connaître au propriétaire de la féculerie, par un arrêté du 15 décembre 1831.

C'était la première fois que le conseil proposait un pareil moyen pour se débarrasser des eaux sales qui restaient sans écoulement; il le fit avec connaissance de cause, sur la proposition de deux ou trois commissions nommées par lui

---

(1) Au sujet des inondations locales produites par des forages, nous tirerons les détails suivans dans le travail de M. Héricart de Thury, page 50.

M. Brook à Mammersmith, ayant percé la terre à 360 pieds, dans un jardin sur un diamètre de quatre pouces et demi, obtint un jet d'eau si abondant que dans quelques heures le terrain assez vaste sur lequel la maison venait d'être élevée se trouva totalement rempli d'eau; toutes les cuisines, tous les rez-de-chaussée furent noyés dans un voisinage de plus de 50 toises à la ronde, et le mal fut tel que le magistrat intervint sur un grand nombre de plaintes, exprimant la crainte que les maisons ne s'enfonçassent dans le sol ou ne fussent démolies par dessous. Deux hommes tentèrent en vain d'arrêter ce cours d'eau en enfonçant dans le tube une pièce de bois taillée en bouchon qui fut constamment rejeté; un troisième ouvrier ne fut pas plus heureux; on essaya le fer en place de bois, tous les efforts furent insuffisans, enfin un ingénieur proposa d'insérer les uns dans les autres des tuyaux d'un diamètre toujours décroissant, et l'on maîtrisa ainsi cette eau impétueuse qui avait causé les craintes les plus vives et même des ravages sérieux.

et après une mûre délibération par l'exemple du puits de la place de Saint-Denis, qui depuis deux ans faisait son service à la satisfaction des habitans et à l'admiration de tous ceux qui apprécient les difficultés vaincues et les utiles applications.

Le projet d'employer les puits forés à l'assainissement des localités, avait déjà été présenté au conseil de salubrité par un de ses membres, M. Pelletier, particulièrement chaque fois qu'il s'était agi de l'assainissement du village de Clichy-la-Garenne que les blanchisseuses avaient converti en un véritable cloaque; mais cette proposition, regardée comme impraticable, ne fut jamais écoutée. Avant la proposition du conseil de salubrité, l'ingénieur civil Degouzé avait fait secrètement dans quelques manufactures et entre autres aux Thernes, près Paris, plusieurs de ces sondages pour faire perdre les eaux-mères et infectes que trop souvent, dans les villes et les faubourgs, on laisse couler sur la voie publique, au grand détriment et au préjudice de tous les voisins; M. Héricart de Thury, qui nous fournit ces renseignemens ajoute dans son ouvrage : » Nul doute que par quelques coups de » sonde donnés de distance en distance on ne fît perdre » toutes ces eaux qui s'amassent et qui séjournent dans les » fossés des grandes routes et des boulevards aux portes de » Paris de ses faubourgs; on pourrait en faire l'essai au » rond-point de la porte Maillot du bois de Boulogne, dont » les fossés, toujours pleins d'eau, sont souvent même insuf- » fisans; mais à la condition que le forage fût descendu dans » les terrains perméables, inférieurs aux dernières nappes » d'eau qui alimentent les puits les plus profonds de Paris: » ainsi de descendre jusqu'aux massignos ou brèche argilo- » crayeuse qui recouvre la grande masse de craie (*du desséchement des terrains inondés*, pag. 70). Nous devons ajouter que, dans le moment actuel, plusieurs percemens sont en activité dans l'enceinte même de Paris, et que ces percemens n'ont pas d'autre but que de donner écoulement à des eaux de lavage ou à des eaux de condensation provenant de machines à vapeur.

Revenant au fabricant de fécule de Villetaneuse il importait trop à cet industriel de rester libre chez lui et d'y exercer en paix son état, pour qu'il ne se hatât d'exécuter ce que l'autorité, sur l'avis motivé du conseil de salubrité, lui enjoignait; il s'adressa donc à l'ingénieur Mullot, auteur du puits de la place de Saint-Denis et passa avec lui un marché. Dans ce marché l'entrepreneur avait deux conditions à remplir: la première de perdre les eaux sales de la féculerie, et la seconde de les perdre de manière à ne pas gâter le puits de la féculerie, ni les puits des voisins qui sont à peu de distance de l'établissement.

Ces deux conditions ont été remplies à la satisfaction du fabricant et de l'ingénieur; la sonde a été enfoncé à la profondeur de 64 mètres (199 pieds) dans le calcaire chlorité, en restant un peu au-dessus de l'endroit correspondant à la nappe la plus profonde du puits de la place de Saint-Denis. Pendant tout l'hiver de 1832 à 1833, le puits a fait son service; il a reçu par jour 80,000 litres d'eau sale, chargée de résidus de féeules, et à la fin de la saison, c'est-à-dire après avoir fonctionné pendant cinq mois, une sonde garnie d'une cuiller, portant une soupape à son bout, n'a ramené, au grand étonnement du fabricant et de l'ingénieur, que du sable et de l'eau blanchâtre. Les différentes nappes d'eau rencontrées dans ce percement ont été isolées par des tuyaux en fonte, qu'on a eu soin d'enfoncer avec force, pour que, touchant par tous les points aux parois intérieures du trou, elles n'eussent pas de communication les unes avec les autres, et que l'absorption ne se fît que par le fond du puits.

Cette nouvelle voie d'écoulement, fournie à l'eau de la féculerie, a permis au fabricant d'employer, pendant l'été dernier, tout son établissement à la préparation de l'amidon provenant des céréales, et malgré l'infection inséparable de cette fabrication, rangée pour cela dans la première classe des établissemens insalubres, il n'a été incommode ni pour lui, ni pour ses voisins.

Un succès aussi complet et aussi remarquable, tant sous le rapport de l'industrie que sous celui de l'hygiène, ne tarda pas à faire connaître tout le parti que l'on pouvait tirer des puits artésiens. Une compagnie puissante résolut bientôt de les appliquer à un desséchement d'un genre tout nouveau, et de faire une des plus belles expériences qui jusqu'ici ait encore été tentées sur cet emploi particulier des puits artésiens; quelques détails deviennent encore ici nécessaires.

La ville de Paris possède deux voiries pour le dépôt des matières fécales extraites des fosses d'aisance: une très ancienne, située à Montfaucon, l'autre toute récente, creusée à quatre lieues de Paris, dans la forêt de Bondy; cette dernière ne reçoit que les matières recueillis dans des tonneaux, ou à-peu-pres le tiers de tout ce que la ville fournit journellement; on y arrive par le canal de l'Ourcq, qui y envoie un embranchement.

Cette voierie, composée de plusieurs bassins échelonnés et construits sur une grande dimension, puisque les bassins seuls ont une surface de 80,000 mètres, présente le grave inconvénient d'occuper un terrain, au-dessous duquel se trouve une nappe d'eau qu'on trouve constamment à une profondeur, qui varie, suivant les saisons, de 1 à 2 mètres, d'où il résulte que l'eau surgit de toutes parts dans des bassins, et qu'elle se tient constamment à plus d'un mètre d'élévation dans le fond des derniers, placés à la partie la plus déclive.

D'après ce court exposé, on conçoit aisément l'impossibilité de dessécher, par les moyens ordinaires, les matières accumulées dans ces bassins depuis dix ou douze ans, et la difficulté extrême de les en extraire. A la fin de l'année dernière (1832), si remarquable par sa sécheresse, les chevaux attelés aux tomberaux chargés des matières les plus solides, cheminaient dans les matières liquides, qui leur montaient jusqu'au poitrail; nous avons vu cette année (juillet 1833) les épuisemens s'y faire à l'aide de machines hydrauliques, comme s'il s'était agi de fonder un pont dans le milieu d'une rivière; le bassin qui nécessitait l'emploi de pareils moyens est cependant le plus élevé de la voirie; après cela, qu'on juge de tous les autres.

On peut, il est vrai, faire écouler une partie de ces liquides en les envoyant dans les petits ruisseaux qui prennent leur source à peu de distance; mais comme ils se rendent tous dans des courans plus considérables qui traversent des villages, des propriétés particulières, et, en définitive, la ville de Saint-Denis, on ne pouvait recourir à ce moyen sans soulever les plaintes d'une population manufacturière de dix

à douze mille âmes, dont l'industrie ne peut s'exercer sans eau, et qui ne saurait en avoir de trop pure (1).

On a cru pouvoir diminuer les inconvéniens de ces parties liquides des vidanges ; et même les rendre insensibles, en les mélangeant avec une grande quantité d'eau prise dans le canal de l'Ourcq, et en ne l'envoyant que la nuit dans les cours inférieurs ; mais on ne put jamais cacher aux riverains cette manœuvre, qui souleva des plaintes et des réclamations sans nombre, chaque fois qu'on la mit en pratique. Ces plaintes, et les rapports qu'elles nécessitèrent de la part du conseil de salubrité, démontrèrent enfin qu'il fallait renoncer au seul moyen sur lequel avait compté l'ingénieur, auteur de la voirie, pour l'écoulement des liquides, et l'on reconnut, mais trop tard, la faute immense que l'on avait faite en dépensant sept à huit cent mille francs dans une localité si peu convenable pour recevoir et dessécher des masses immenses de matières fécales.

Nous venons de parler des difficultés que l'on éprouve pour extraire quelques matières du bassin le plus élevé, et des moyens mécaniques qu'il faut mettre en usage pour les séparer des parties liquides dans lesquelles elles sont constamment noyées; on conçoit aisément par ce simple exposé l'état dans lequel se trouvent les bassins inférieurs; creusés au-dessous de la nappe d'eau ; on ne saurait les épuiser, et les matières fécondantes qui les remplissent y sont peut-être perdues pour toujours.

Nous ignorons quelle peut être la valeur exacte de ces matières, déposés dans des localités aussi mal choisies ; mais, d'après des renseignemens que nous avons pris auprès de personnes instruites, nous ne craignons pas de nous tromper, en portant cette valeur à la somme de plusieurs centaines de milliers de francs, une fois réduites en poudrette.

C'est pour extraire ces matières si précieuses que les nouveaux adjudicataires de la voirie de Montfaucon, qui le sont en même temps de la voirie de Bondy, stimulés par les succès obtenus à Saint-Denis et à Villetaneuse, ont cru pouvoir recourir au percement de toutes les couches du sol, par le moyen de la sonde artésienne ; nous allons les suivre dans cette nouvelle application de puits forés, qui, par les questions qu'elle soulève, nous devons le répéter, donne à cette industrie une importance toute nouvelle.

Nous venons de voir que deux obstacles immenses, et, pour ainsi dire, insurmontables, s'opposent à la dessiccation des matières accumulées dans la voirie de Bondy ; ce sont d'une part l'impossibilité d'envoyer les eaux vannes dans les ruisseaux qui traversent Saint-Denis ; de l'autre la nappe d'eau naturelle qui se trouve supérieure au fond des bassins qui composent cette voirie.

Partant de la quantité d'eau absorbée par les puits de Saint-Denis et de Villetaneuse ; connaissant par des calculs la masse d'eau vanne apportée dans les bassins, et par approximation la quantité surgissant du fond de chacun des bassins, les adjudicataires de la voirie pensèrent qu'en l'entourant d'une série de puits, ils pourraient non-seulement se débarrasser des eaux vannes, mais encore absorber et faire disparaître la masse d'eau supérieure qui leur causait tant de préjudice ; dix puits, creusés autour de la voirie, devaient, suivant eux, amener ce résultat. L'ingénieur Mullot fut chargé du premier. Une des conditions exigées par la compagnie était une absorption de 100 mètres cubes, en vingt-quatre heures.

Les travaux relatifs à ce puits, dont on se promettait de si grands avantages, furent entrepris à la fin de l'hiver dernier, et, dans l'espace de quelques mois, poussés à la même profondeur que celui de Villetaneuse, c'est-à-dire à 64 mètres (199 pieds). Dans ce trajet, on trouva deux couches absorbantes, l'une au milieu du puits, et l'autre à sa partie la plus inférieure ; par la première, on ne put jamais perdre que cinquante à soixante mètres en vingt-quatre heures; mais, par la seconde, on obtint près de deux cents mètres ; les conditions exigées par le marché étant remplies, l'ingénieur jugea à propos de ne pas aller plus loin, il craignait, en s'enfonçant davantage, d'atteindre une nappe ascendante, et d'aggraver le mal de la voirie en voulant le diminuer.

Les travaux de cette importance, et les motifs que la compagnie se proposait en les exécutant, ne tardèrent pas à venir à la connaissance du préfet de police ; il fut effrayé des suites que pouvaient avoir, pour la salubrité des eaux souterraines, une masse aussi considérable d'eau vanne, qui allait s'y mêler, et, par une lettre du 2 avril, il pria le vice-président du conseil de salubrité de nommer une commission pour examiner cette affaire, à laquelle il attachait une très grande importance ; plus tard, et lorsque le puits fonctionnait très bien, il donna l'ordre à ses agens de faire suspendre l'écoulement, et d'exercer la plus grande surveillance pour que rien ne fût envoyé furtivement dans le puits.

La commission, dans les visites qu'elle a faites sur les lieux, pendant et après l'exécution des travaux, n'a pu que vérifier l'état des choses précédemment décrit et constater la facilité avec laquelle se faisait l'absorption des liquides provenant du dernier bassin ; elle s'est plus tard livrée à des recherches dans les auteurs qui ont traité des puits forés et de leur emploi, et s'est mise en rapport avec la plupart des géologues et des ingénieurs qui ont dirigé leurs investigations sur tout ce qui se rattache aux questions relatives à ces puits ; pénétrée de l'importance et de la gravité de sa mission, elle croit n'avoir rien négligé pour répondre d'une manière satisfaisante aux vues de l'administration.

Deux choses, également importantes, sont à considérer dans les puits artésiens, employés à l'évacuation des eaux sales qui se trouvent à la surface du sol : la question de la salubrité et la question de la légalité ; examinons-les successivement, en commençant par ce qui regarde la salubrité, et n'oublions pas qu'il est ici question de la ville de Paris et du sol qui l'entoure.

La géologie des environs de Paris, qui se perfectionne tous les jours par le percement des puits artésiens, nous apprend : qu'il existe sur ce point de la France plusieurs nappes d'eau, séparées les unes des autres par des couches imperméables de natures diverses, et plus ou moins puis-

(1) Une partie du linge de Paris est blanchi à Saint-Denis ; cette industrie y occupe près de quatre mille personnes ; il s'y trouve encore une grande quantité de laveurs de laine, de teinturiers, de fabricans de toiles peintes.

santes. La première, c'est-à-dire la plus superficielle de ces nappes, n'existe pas sous la ville de Paris, on ne la rencontre que sur le sommet des collines et plateaux qui l'entourent de toutes parts ; elle est retenue par un puissant banc d'argile, que se trouve au-dessus de la formation gypseuse, ce qui fait que sur ces plateaux, qui sont à deux mètres au-dessus de la Seine, les puits n'ont souvent que deux à trois mètres de profondeur ; cette nappe, en s'échappant des flancs de ces plateaux, forme les sources que nous voyons sortir au-dessus des villages de Rosny, de Fontenay-sous-Bois, de Montreuil, de Bagnolet, de Belleville et des Prés-Saint-Gervais ; elle fournit les eaux d'Arcueil et celles qui alimentent les fontaines d'un grand nombre de villages qui s'en sont emparés ; on la retrouve jusque sur le sommet de Montmartre et du Mont-Valérien, ce qui a lieu de surprendre à cause de l'isolement complet de ces collines et du peu d'étendue de leur surface.

La seconde nappe se trouve sous Paris et dans toute la vallée que forme la Seine en cet endroit ; elle passe au-dessous des collines circonvoisines, et coule au travers des sables qui sont entre l'argile plastique et le calcaire à bâtir ; elle alimente tous les puits de Paris, dont le nombre va peut-être à vingt-cinq ou trente mille.

C'est au-dessous de ces deux nappes que se trouvent les masses d'eau que l'on ne peut atteindre que par le moyen de la sonde ; leur nombre et la profondeur à laquelle on les rencontre varient singulièrement ; *elles manquent quelquefois complètement ;* elles ne sont pas toujours ascendantes, ou si elles s'écoulent dans le canal pratiqué par la sonde, cette ascension n'est ni constante ni régulière.

Le cause et l'origine de toutes ces nappes n'est pas la même pour toutes.

La première, ou la plus superficielle, tient évidemment à l'infiltration des pluies et à la condensation des vapeurs à la surface du sol des plateaux qui la supportent.

La seconde dépend probablement de la même cause, mais elle recueille les eaux d'une surface de pays beaucoup plus étendue ; un de nous a découvert, il y a quelques années, la véritable origine de cette seconde nappe ; car dans certaines circonstances, par exemple, lorsque deux années très pluvieuses se succèdent, elle s'élève et donne lieu à des inondations souterraines, non-seulement dans Paris, mais dans quelques villages environnans. (Voir à ce sujet le Mémoire de M. Girard, sur les inondations souterraines de Paris.)

Quant à l'origine des autres couches profondes, tout semble faire croire qu'elles viennent de fort loin, et qu'elles ont un véritable courant ; mais dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut rien établir de positif à cet égard.

Un fait bien important pour la solution de la question qui nous est transmise, c'est de savoir que ces nappes sont d'autant plus abondantes qu'elles se trouvent à une plus grande profondeur ; sur ce point, les géologues et les foreurs de puits sont tous d'accord, et l'expression de *torrentueuse*, qui revient souvent dans leurs ouvrages, lorsqu'ils parlent des dernières nappes, montre assez quelle est sur ce point leur manière de voir. Sans parler des deux premières nappes et sans nous arrêter pour les autres, ou nappes profondes, à des faits extraordinaires et tout-à-fait exceptionnels, quelques observations rendront ce que nous venons de dire appréciable pour tout le monde.

Le forage d'un puits amène quelquefois de cent à cent cinquante mètres de profondeur, huit, dix et douze tombereaux de sable, ou gravier, souvent très gros : or, quelle force et quelle abondance ne faut-il pas pour soutenir et soulever contre leur propre poids des corps aussi pesans?

Jamais les nouveaux puits n'ont diminué la quantité d'eau fournie par les premiers, bien que souvent on en ait creusé sept à huit dans l'espace de quelques mètres ; chaque trou a toujours fourni une masse d'eau proportionnée au diamètre du forage.

A Paris, la force ascensionnelle est quelquefois si grande, que l'on a vu des forages pratiqués dans le fond de quelques puits, donner subitement une telle quantité d'eau, que les ouvriers ont été obligés de fuir, et, pour éviter une mort certaine, d'abandonner leur sonde et tous leurs instrumens dans le fond du puits qui, en quelques minutes se trouvait rempli à une hauteur de dix à douze mètres ; dans quelques endroits on a établi sur ces puits de puissantes machines à vapeur, qui malgré leur action continuelle, n'ont jamais pu abaisser le niveau d'une manière sensible.

Peut-on conclure de ce qui précède, que les nappes d'eau souterraines doivent être assimilées à des fleuves ou à des lacs, et que l'on peut y diriger impunément les eaux sales de la surface du sol, comme nous les envoyons aujourd'hui à la Seine? Discutons cette importante question, dont l'intelligence deviendra plus facile par la distinction établie plus haut, entre les différentes nappes qui se rencontrent dans le sol de Paris.

Il est démontré que la première de ces nappes, c'est-à-dire celle qui domine Paris, et qui se trouve au-dessus des masses de gypse, n'a pas de courant, et qu'elle est peu abondante ; on courrait donc le risque de l'infecter si on y envoyait ces eaux sales en quantité notable ; pour se convaincre de cette vérité, il suffit d'observer le mont Valérien et Montmartre : les eaux qui sortent du flanc de cette première colline sont excellentes ; celles de Montmartre ne sont pas potables par suite des vacheries nombreuses et des trous à fumier qui y perdent toutes leurs parties liquides.

Il est vrai que tous les villages situés sur les plateaux qui entourent Paris et doivent agir comme celui de Montmartre, ne donnent pas à la nappe qui passe au-dessous d'eux, des qualités sensiblement mauvaises ; mais cela tient à l'étendue de ces plateaux ce qui fait que la quantité de matières étrangères qui les pénètre est toujours très petite, relativement à la nappe qu'ils supportent.

En serait-il de même si l'on transportait sur un de ces plateaux, celui de Belleville par exemple, la voirie de Montfaucon, et si par des puisards ou des trous de sonde on faisait perdre, dans la nappe immédiatement inférieure, toutes les parties liquides? Non assurément : on pourrait craindre alors que cette nappe n'étant pas suffisante pour neutraliser la quantité d'eau sale qu'on y enverrait, on ne rendit par là impropres aux usages domestiques, toutes les sources dont nous avons parlé plus haut, et par suite un bon nombre de fontaines qui coulent dans Paris et qui sont dérivées de cette nappe.

Étudions de la même manière la seconde nappe ou celle

qui alimente tous les puits de Paris; elle va nous fournir une foule de faits et de renseignemens curieux.

Dans les temps anciens, les eaux de cette nappe jouissaient de qualités excellentes et servaient de boisson aux habitans des bourgs et maisons disséminées, qui plus tard, ont été enfermées dans l'enceinte de Paris; ce n'est que depuis la multiplication des puisards, et surtout depuis l'introduction des fosses d'aisances dans les maisons, c'est-à-dire à partir de François Ier, que ces eaux se sont détériorées, et qu'il a fallu recourir, pour la boisson, à l'eau de la Seine.

Voilà sans contredit un des plus grands exemples de l'influence que peuvent avoir les eaux sales et infectes qui, de la surface du sol, sont envoyées dans les nappes qui lui sont inférieures; mais comment se comportent ces eaux sales avec les eaux propres; en d'autres termes, comment se fait leur mélange et jusqu'à quelle distance peut-on s'apercevoir de l'influence mauvaise de ces eaux! Nouvelle question sur laquelle l'observation et le rapprochement des faits peuvent donner quelques éclaircissemens.

Si quelque chose doit surprendre dans l'action des eaux infectes sur les nappes inférieures, c'est assurément le faible rayon dans lequel on peut l'apercevoir autour du point d'où est partie l'infection; des exemples vaudront mieux que tous les raisonnemens pour faire comprendre cette particularité de physique et de chimie, si importante pour l'hygiène des grandes villes et en particulier de Paris.

Il arrive tous les jours que, par des causes quelconques, des puits s'infectent au point de devenir impropres à la boisson des animaux et même au lavage des habitations; et malgré cela, d'autres puits séparés seulement par un intervalle de cinq à six mètres et dont on tire de l'eau en très grande abondance, conservent leurs qualités ordinaires sans participer en rien à l'infection du puits voisin, souvent occasionée par les filtrations des fosses d'aisances contiguës, quelquefois même par la rupture de ces fosses et l'irruption dans le puits de tout ce qu'elles contiennent.

Lorsque la ville de Paris possédait dans ses murs, ou à une faible distance extérieure, de grandes voiries à boues, les liquides provenant de la décomposition de ces boues s'infiltraient dans les terres, pénétraient jusqu'à la nappe nourricière des puits circonvoisins et procuraient à leurs eaux une saveur et une odeur détestables. Nous avons pris des renseignemens sur la plupart de ces puits et goûté leur eau chaque fois que nous l'avons pu et, à notre grande surprise, nous n'avons jamais reconnu cette altération de l'eau au-delà d'un rayon de cent cinquante à deux cents mètres. Parmi ces voiries nous avons particulièrement observé celle de Montreuil et celle des Fourneaux.

Le village de la Chapelle, près Paris, ne pouvant, à cause de sa situation dans un terrain déprimé, se débarrasser de ses eaux sales et ménagères, a été obligé pour les perdre, de creuser d'immenses puisards qui boivent et absorbent tout ce qu'on leur envoie; mais ils ont infecté à un degré remarquable tous les puits d'alentour; nous avons fait dernièrement une enquête minutieuse sur ces puits, nous avons goûté leur eau, et nous avons reconnu, tant par nous-mêmes que par les renseignemens fournis par les voisins que l'influence de ses puisards ne s'étendait pas au-delà de deux cents mètres; plusieurs familles logées à trois ou quatre cents mètres faisaient leur boisson habituelle de l'eau des puits creusés dans leurs habitations. Le village de la Chapelle, outre une population de quatre mille âmes, contient une énorme quantité de chevaux, de vaches, de porcs et d'autres animaux.

Quelque concluans et décisifs que soient ces faits, en faveur de l'opinion qui considérerait les eaux sales et infectes comme ne pouvant gâter les eaux inférieures que dans un périmètre très circonscrit, ils n'approchent pas, pour la force, de ceux que nous allons rapporter, et qui nous sont fournis par la voirie de Montfaucon.

Vers la fin du siècle dernier, avant qu'on eût établi la conduite qui permet d'envoyer à la Seine le trop-plein des bassins de Montfaucon, un adjudicataire de cette voirie, le nommé Bridet, imagina de creuser dans la partie tout-à-fait inférieure, une série de puits du plus grand diamètre, et il les conduisit jusqu'au dehors de la nappe alimentaire des puits voisins: ce moyen lui réussit, il perdit les eaux qui l'incommodaient, et, pendant un temps assez long, il put, de cette manière, tenir à sec tous les bassins de la voirie; on devine aisément quels furent les résultats de cette manœuvre: les puits du voisinage furent infectés, mais cette infection ne dépassa pas la Petite-Villette, c'est-à-dire qu'elle n'alla pas au-delà de deux cents mètres. Le désordre où se trouvait l'administration dans le fort de notre première révolution, ne permettant pas aux parties lésées de recourir à la justice, les habitans de la Petite-Villette se réunirent et, dans l'espace de quelques nuits, ils comblèrent ces puits qui leur causaient tant de préjudice.

Ces détails, que nous connaissons d'une manière vague, par ce que nous a dit, il y a dix ou douze ans, un ancien gardien de la voirie, viennent de nous être confirmés par une enquête minutieuse, faite dernièrement par nous, auprès de tous les vieillards de la Grande et de la Petite-Villette, et par des renseignemens écrits qui existent dans les archives de ce village.

Ces faits, et beaucoup d'autres semblables, que nous pourrions ajouter, semblent démontrer quelle est l'énorme quantité d'eaux infectes qu'il faut envoyer dans la nappe des puits de Paris, pour y déterminer une altération appréciable, et la faible distance à laquelle peut s'étendre l'influence de ces eaux; ceci a d'autant plus lieu de surprendre, que tout semble démontrer la stagnation presque absolue de cette nappe ou l'absence complète de tout courant notable dans son intérieur. Quelques lignes suffiront pour établir cette nouvelle proposition.

Lorsqu'un puits, dans Paris, a été infecté, l'eau reste mauvaise pendant un temps considérable, il faut en tirer des quantités énormes pour la retrouver avec ses qualités primitives; dans le voisinage de l'ancienne voirie des Fourneaux, ce n'était qu'à la fin de la saison que les jardiniers rendaient l'eau inodore et potable par suite de leurs continuels arrosemens.

La nappe qui passe sous Paris n'est altérée que dans la ville même et sur les points où les habitations se trouvent agglomérées; cette altération ne se rencontre plus dans les faubourgs, comme on peut s'en assurer, non-seulement par l'examen des sources qui sont dans les carrières au-dessous du Luxembourg et de l'Odéon, mais mieux encore par la

nature des eaux fournies par les puits de nos abattoirs, par ceux de la Salpétrière, du Jardin des Plantes, de l'hospice de la Pitié, des Invalides, de l'Ecole Militaire et d'autres établissemens publics; partout ou boit impunément ces eaux, on ne peut leur reprocher que les sels terreux qu'elles tiennent en dissolution. Les eaux qui passent sous Paris forment donc, sur la nappe générale, une véritable tache sur laquelle on pourrait en distinguer une foule d'autres plus foncées, provenant des causes locales d'infection, et qui rendent l'eau impropre aux lavages ordinaires. On pourrait les comparer encore à des teintes qui s'affaiblissent à mesure qu'elles s'éloignent de leur point central, et qui finissent par se fondre insensiblement avec le fond sur lequel elles sont, de telle sorte qu'on ne peut plus les apercevoir.

Le fait suivant, observé par notre collègue D'Arcet, nous parait prouver, mieux que tout ce que nous venons de dire, l'immobilité de l'eau que nous tirons de nos puits.

Un manufacturier du faubourg Saint-Marceau, voulant se débarrasser, à peu de frais, de l'eau chaude fournie par une machine à feu, imagina de l'envoyer dans un puits différent de celui dont il tirait de quoi alimenter sa chaudière. Pendant quelques mois, cette méthode n'eut pas d'inconvéniens, mais peu-à-peu l'eau des puits voisins s'échauffa, et elle parvint à un tel degré de température, qu'elle ne pouvait plus être employée dans une foule de circonstances; on fut obligé de donner aux eaux chaudes de la fabrique une nouvelle direction, mais il fallut dix-huit mois pour ramener ce puits à la température qui lui est propre dans l'état naturel. On n'a pas entendu dire que ce phénomène s'étendit à une grande distance; les voisins immédiats seuls adressèrent des réclamations. Un fait à-peu-près semblable a été observé, il y quelques années, par M. Héricart de Thury, dans une fabrique située dans le faubourg Saint-Honoré, aux écuries d'Artois. Le simple raisonnement ne prouve-t-il pas ici, que si la nappe inférieure avait été animée en cet endroit du moindre mouvement, elle n'aurait pas acquis sur un point seulement cette haute température, ou au moins qu'elle l'aurait perdue rapidement, après la cessation de la cause qui l'avait fait naître? (1).

Au sujet de cette stagnation présumée de la nappe nourricière des puits de Paris et de la difficulté extrême qu'on éprouve à assainir ces puits une fois qu'ils ont été infectés, il est bon de faire observer que ceux de la Petite-Villette restèrent impropres aux usages domestiques jusqu'en 1810, époque à laquelle arrivèrent en abondance les eaux fournies par l'Ourcq; ces eaux, pénétrant à travers les terres, remplirent bientôt tous les puits, et en peu de temps en opérèrent l'assainissement complet.

Si l'action des eaux chargées des matières les plus infectes est circonscrite dans un rayon aussi limité; si des masses aussi considérables que celles qui proviennent des puisards de la Chapelle, et celle véritablement énormes qui vinrent autrefois de Montfaucon, ne dépassent pas un rayon de quelques centaines de mètres, si surtout la quantité également énorme d'eaux fournies par les puisards et les fosses d'aisance de Paris ne s'étendent pas au-delà de la ville, pouvons-nous en conclure que les eaux sales qu'on pourra renvoyer dans les nappes tout-à-fait inférieures, par le moyen de trous pratiqués par la sonde, n'auront pas sur ces nappes l'effet fâcheux qu'au premier aspect on pourrait en redouter? Aidons-nous, pour résoudre cette nouvelle question, de l'expérience et du raisonnement.

L'expérience dont nous parlons date de plusieurs années; elle nous est fournie par l'égout de Bicêtre et mérite de notre part une sérieuse attention: donnons sur elle quelques détails indispensables.

En 1789, l'administration des hôpitaux ne sachant comment se débarrasser des eaux pluviales et ménagères *ainsi que des urines et matières fécales* fournies par Bicêtre, dont la population était alors de quatre à cinq mille âmes, prit le parti de les envoyer dans de vieilles carrières voisines qu'elle fit consolider par des travaux considérables. Ces carrières étaient assez profondes pour atteindre des sources qui probablement alimentent les puits voisins. Mais l'architecte, voulant avoir une infiltration permanente, alla chercher *la seconde nappe*, comme il le dit lui-même dans son mémoire, au moyen d'un puits de 15 mètres de profondeur à partir du sol de la carrière; ce puits, terminée inférieurement par un trou de sonde fort large, avait dans sa moitié supérieure deux mètres de largeur et formait, de cette manière, un véritable entonnoir auquel aboutissaient différentes galeries de la carrière.

C'est au mois de novembre 1790, que les eaux de toute nature provenant de Bicêtre ont été introduites dans ce puits, et, depuis ce jour, c'est-à-dire depuis 43 ans, elles n'ont pas cessé d'y trouver un écoulement facile.

Voilà donc un véritable puits artésien qui absorbe et les urines et toutes les eaux ménagères d'une population de quatre mille âmes; mais qui n'étant composée que d'hommes faits, peut être doublée quand il s'agit d'apprécier l'influence qu'elle peut avoir, les enfans d'une ville n'ajoutant rien à la masse des matières portés dans les voieries.

---

(1) Cette absence de courant ou cette immobilité que nous supposons ne doit pas s'entendre d'une manière absolue; quand il n'y aurait que l'afflux venant de toute la circonférence pour remplacer l'eau que l'on extrait à chaque instant des puits, cela suffirait pour déterminer dans cette nappe un véritable courant; mais on peut supposer, sans se jeter dans les hypothèses, qu'il n'est pas le même partout, et que quelques localités peuvent être soustraites à son influence; à mesure que l'industrie s'augmentera dans Paris, ce mouvement de la nappe nourricière, dans les puits, prendra plus de force; ce qui le prouve, c'est que la plupart des machines à feu, qui consomment beaucoup d'eau, font à l'instant baisser de plusieurs pieds le niveau de tous les puits voisins, et cet abaissement ne peut avoir lieu sans faciliter un nouvel afflu; il résulte de cette cause, de la suppression des puisards, que la police ne tolère plus dans les maisons, de nouveaux modes de construction des fosses d'aisances qui sont toutes rendues étanches, et surtout de l'établissement des fosses mobiles, que, dans quelques années, les eaux souterraines de Paris perdront probablement une partie de leurs mauvaises qualités actuelles, si toutefois elles ne recouvrent pas complètement leur état primitif, en restant dans la ville ce qu'elles sont hors de ses murs.

Pour connaître l'action que des eaux sales, en aussi grande quantité, ont pu avoir sur la seconde nappe non ascendante du pays, il faudrait que des puits eussent été forés à peu de distance : c'est heureusement ce qui a eu lieu en 1818, au Petit-Gentilly, dans la fabrique de toiles peintes de M. Durup de Baleine. Ce fabricant, ne pouvant employer à son industrie les eaux de la vallée de la Bièvre, en alla chercher plus profondément, et il fut assez heureux pour en trouver dans une nappe, qui ne peut être que celle indiquée par l'architecte Viel, au fond du nouveau puisard de Bicêtre, lequel n'est éloigné que de dix-sept à dix-huit cents mètres de l'établissement de M. Durup de Baleine.

Deux ans plus tôt, c'est-à-dire en 1816, le puits de la maison de Sainte-Barbe, située à Gentilly, dans le voisinage de Bicêtre et à une distance bien plus rapprochée que M. de Baleine, ayant manqué d'eau, on y fit un sondage de *dix* mètres qui ramena une source d'eau doucâtre abondante.

On pourrait peut-être ajouter à ces faits le puits foré dans la même année 1816 par M. Maëz, brasseur à la Maison Blanche, plus rapprochée encore du puisard de Bicêtre que la maison Sainte-Barbe; mais ici, la sonde ayant été conduite à une plus grande profondeur, en ramena une quantité d'eau tellement abondante qu'elle a pu neutraliser entièrement, dans le puits, les nappes plus superficielles qui furent rencontrées, mais dont on ne put se contenter à cause de leur insuffisance.

On pourrait objecter à ces faits l'infection de tous les puits qui se trouvent sur la rive droite de la Bièvre, à cent cinquante ou deux cents mètres du puisard dont nous parlons, ce qui a provoqué de vives réclamations de la part des habitans de Gentilly; mais cette objection tombe d'elle-même lorsque l'on connaît la manière dont se comportent les eaux envoyées dans le puisard.

Le puits foré dans le fond de ce puisard, absorbe et débite toutes les eaux qui y tombent; mais il devient insuffisant dans les grands orages, ce qui fait que dans ces circonstances l'eau s'élève jusqu'à la voûte. On en a acquis la preuve en 1611, lorsque l'administration des hôpitaux jugea convenable de faire visiter tous les souterrains dépendant du puisard; dans cette visite les galeries furent trouvées sèches, les eaux qui y coulaient se précipitaient dans le puits et disparaissaient; mais le sol de ces galeries était couvert, dans toute son étendue, d'une couche de matières fécales desséchées, de trois à six décimètres d'épaisseur, qui toutes avaient été entraînées par l'impétuosité du courant; est-il étonnant que des eaux de cette nature, pressées par une colonne liquide, ayant peut-être vingt à vingt-cinq mètres de hauteur, se soient infiltrées dans la première nappe et de cette manière aient infecté les puits? Dans les renseignemens que nous venons de prendre auprès de tous les propriétaires et locataires des maisons où se trouvent ces puits, nous avons trouvé quelques anciens du pays qui, sans être provoqués de notre part, nous ont dit, que l'infection primitive ne s'était manifestée qu'à la suite de grands orages, et qu'elle n'avait jamais pris d'accroissement que sous l'influence de la même cause.

Nous avons retrouvé ici la preuve que ces eaux infectes ne s'étendent jamais à une très grande distance, car tous les puits situés sur la route de Fontainebleau et ceux de la partie de Gentilly qui se trouvent sur la gauche de la Bièvre, ont de très bonne eau; nous nous en sommes assurés en la goûtant avec attention. Pourquoi ne citerions-nous par le puits de Bicêtre lui-même qui se trouve dans la même circonscription et qui sert à la boisson de toute la population de cet immense établissement? Ainsi l'expérience que nous venons d'invoquer tendraient à prouver que l'on peut envoyer impunément dans les courans inférieurs les eaux sales de la surface du sol.

Nous avons précédemment établi que les nappes d'eaux souterraines étaient d'autant plus abondantes qu'elles étaient plus inférieures, et ce qui nous portait à croire que ces dernières étaient animées d'un mouvement qui les entraînait dans une direction impossible à déterminer, nous avons aussi fait voir combien était faiblement circonscrit l'espace dans lequel se faisait sentir, sur les nappes accessibles à notre observation journalière, des masses énormes d'eau infectes, bien que ces nappes fussent, suivant toutes les probabilités, à-peu-près immobiles sur un grand nombre de points de leur étendue; or si la nappe qui alimente nos puits est assez forte pour neutraliser, faire disparaître ou détruire des masses de liquides infects, semblables à ceux qui proviennent de La Chapelle et de Montfaucon; si malgré un envoi permanent de ces liquides infects, leur action sensible ne peut s'étendre au-delà d'un rayon de deux cents mètres; si tout Paris enfin, malgré les infiltrations qui se font de presque tous les points de sa surface, laisse intacte l'eau des puits situés au-delà de ses barrières, que pourront faire ces eaux infectes sur les nappes tout-à-fait inférieures que les géologues comparent à des torrens, et qui sans cesse agitées et renouvelées ont peut-être plus d'action sur les eaux dont nous parlons que n'en a la Seine lorsqu'elle coule à pleins bords, sur celles des égouts qui y tombent.

En appliquant ce raisonnement à la voirie de Bondy, qui a donné lieu à ce travail, et à laquelle nous devons revenir, voyons quel inconvénient pourrait avoir l'introduction des liquides qui y sont, dans les puits que les adjudicataires viennent de creuser sur une de ses rives.

A l'époque actuelle, on ne transporte par an, à Bondy, que 40,000 mètres cubes de matières : supposons qu'elles ne soient composées que de liquides, ce sera par jour 110 mètres cubes. Qu'est cette masse comparée à celle que peuvent former les nappes inférieures de tout ce pays? Elle n'est pas véritablement appréciable.

Nous supposons que ces 110 mètres ne sont formés que d'eau impure chargée de tous les principes animaux qui la constituent, et portant par conséquent en elle-même tous les élémens de putréfaction qui la rendent si désagréable; mais il n'en est pas ainsi : la putréfaction se développe bien dans cette usine; en vingt jours elle arrive à son summum; elle diminue ensuite, de sorte qu'au bout de deux mois, il n'en reste plus qu'une eau pure, ne contenant que quelques sels à base de potasse et de soude, tous les principes solubles s'étant dégagés sous forme gazeuse pendant que s'opérait la putréfaction.

Cette théorie basée sur des expériences de laboratoire et de fabriques, dues à notre collègue D'Arcet, se trouve confirmée par ce que nous avons vu dans les différentes visites que nous avons faites à Bondy; l'eau que l'on dirigeait du

dernier bassin de cette voirie dans le puits en construction était simplement teinte et n'exhalait aucune mauvaise odeur; ici ces matières étrangères, mélangées à une quantité énorme d'eau provenant de la localité, sont en quelque sorte annihilées dans la voirie même, et arrivent neutralisées et détruites dans les profondeurs de la terre où on les envoie.

On s'est imaginé, en voyant creuser ces puits, et en apprenant leur destination, que toutes les matières des vidanges allaient y être précipitées, et l'imagination les faisaient cheminer dans les conduits souterrains, les voyait surgir de tous les côtés; mais nous venons de faire observer quelle est la faible proportion des matières solides sur les matières liquides, et d'ailleurs, lorsque l'on connaît la valeur considérable de ces matières solides, et combien elles sont recherchées par les agriculteurs, on peut s'en rapporter à l'intérêt du fabricant pour le soin qu'il mettra à les conserver; supposons même qu'une certaine quantité de ces matières fût entraînée avec les liquides, le puits de Bicêtre, qui en absorbe certainement dans tous les orages une quantité notable, est là pour montrer si c'est un accident bien capable d'effrayer.

La question des puits artésiens, considérés comme moyen de décharge et d'évacuation des eaux sales qui encombrent et embarrassent la surface du sol, nous paraît donc résolue pour le bassin de Paris; mais avant de tirer de tout ce qui précède des conclusions rigoureuses, nous étendrons nos regards au-delà de ce bassin, et nous nous demanderons si dans les puits qui se trouvent sur des terrains primitifs homogènes, sur des masses de sables et de pierres qui présentent dans toute leur épaisseur des pores, des fentes, des fissures et des retraits en tous sens, ou qui, par d'autres dispositions géologiques, ne peuvent, à une grande distance, former des fontaines jaillissantes, nous demandons, disons-nous, si, dans ces localités, on pourrait défendre cette perforation du sol et cet envoi dans les entrailles de la terre des eaux supérieures incommodes?

Supposons que, chez nous, on arrive à la craie, sans avoir trouvé d'eau dans les formations qui lui sont supérieures; sur quoi se fonderait-on pour empêcher un particulier d'y envoyer toutes ses eaux, lorsqu'on sait que cette roche, fendillée par le retrait qu'elle a probablement éprouvé lors de la dessiccation première, par des tassemens et des redressemens, présente en quelque sorte un véritable filtre, capable d'absorber tout ce qu'on lui envoie, et dont l'épaisseur est telle, qu'elle n'a pas encore pu être entièrement perforée, bien qu'en plusieurs endroits on y ait fait pénétrer la sonde à une profondeur de plus de deux cents mètres. Cette perméabilité et ces dispositions géologiques sont une principale cause de la stérilité des pays où la craie se trouve à nu, comme il nous est facile de l'observer dans la Champagne.

Il est des pays dans lesquels on ne connaît pas les puits, soit parce que l'eau est distribuée d'une manière quelconque et en abondance dans toutes les habitations, soit parce que les eaux de ces puits ne peuvent être bonnes à aucun des usages domestiques; n'est-il pas dans ce cas du devoir de l'autorité de favoriser le forage du sol, pour dessécher et assainir sa surface?

Ceci nous amène naturellement, à examiner la question qui nous est soumise sous le rapport de la légalité: c'est une partie neuve du droit administratif sur laquelle nous allons hasarder quelques réflexions.

L'article 640 du Code civil, si sage et si fréquemment invoqué est ainsi conçu:

« Les fonds inférieurs sont assujétis, envers ceux qui sont » plus élevés, à recevoir les eaux qui en découlent natu- » rellement sans que la main d'homme y ait contribué.

» Le propriétaire inférieur ne peut pas élever de digues » qui empêchent cet écoulement.

» Le propriétaire supérieur ne peut rien faire qui aggrave » la servitude du fond inférieur.»

Si les courans inférieurs qui alimentent les puits forés étaient aussi bien connus que ceux qui se trouvent à la surface du sol, si on pouvait en tracer d'une manière graphique la direction et apprécier leur volume et leur force, on pourrait, jusqu'à un certain point, leur appliquer l'article précédent, mais il existe entre ces deux espèces de courans, des différences immenses, qui rendent la législation faite pour les uns inapplicable aux autres.

Un cours d'eau à la surface du sol se voit et se connaît; il est pour les propriétés par lesquelles il passe, avantageux ou nuisible; par opposition, on ignore l'existence des courans inférieurs; faute d'une législation speciale impossible à établir, ils appartiennent au premier occupant; l'individu assez heureux pour en trouver un, donne à ses propriétés une grande valeur, il pourra absorber le courant tout entier sans que les voisins qui ne l'ont pas encore imité aient le droit de se plaindre, car en définitive on ne leur fait pas de tort.

On conçoit la raison qui a porté le législateur à défendre au propriétaire supérieur de ne rien faire qui puisse aggraver la servitude du fond inférieur; mais comment assigner pour les courans souterrains la direction d'amont et la direction d'aval? De quel droit un propriétaire ira-t-il défendre à son voisin de jeter des eaux sales dans son puits foré, sous prétexte qu'elles gâteront celui qu'il a l'intention d'établir, lorsqu'on sait que tous les jours on creuse infructueusement à quelques pas d'un puits dont le succès a été complet? Qu'on examine ce qui arrive dans ce moment à la ville de Paris: deux puits ont parfaitement réussi rues de la Roquette et de Charonne, dans le faubourg St.-Antoine; sur ces données le conseil municipal ordonna un forage dans la rue même de ce faubourg, la sonde a déjà pénétré à une profondeur double de celle des puits de la Roquette, et l'eau jaillissante n'a pas encore paru. Supposons que les puits de la rue de la Roquette aient été creusés pour recevoir des eaux salés et que la ville de Paris s'y fût opposée, n'aurait-elle pas commis à l'égard des auteurs de ces puits la plus grande injustice.

Que fera un tribunal dans les contestations qui pourraient s'élever à ce sujet entre deux particuliers? Nommera-t-il des experts pour éclairer sa conscience? Mais quelque savans et habiles qu'il les choisisse, les experts ne pourront donner que des probabilités sans qu'il leur soit jamais possible d'affirmer l'existence d'un ordre quelconque de choses. Ordonnera-t-il une expérience ou un sondage d'exploration? mais ce sondage est l'exécution du puits lui-même, et comme la dépense qu'il exige dépasse souvent dix, quinze et vingt

mille francs, qui voudra payer cette dépense? Ce ne sera jamais celui dont le puits a eu un plein succès et dont il tire tous les avantages qu'il en attendait.

Pour la voirie de Bondy les habitans du Bourget et ceux de Saint-Denis peuvent avec raison invoquer l'article 640 du Code civil, mais seulement sous le rapport des ruisseaux qui coulent sur leur territoire; ne pouvant pas indiquer la direction que suivent les eaux envoyées dans la terre, ils ne peuvent rien revendiquer comme propriétaires de puits artésiens.

Dans les villes où les puits forés se trouvent en grande quantité, où ils sont tous jaillissans, où l'expérience a prouvé qu'on pouvait les établir partout avec succès, comme cela a lieu dans l'Artois, et, jusqu'à un certain point, dans la vallée de la Seine, du côté de St.-Denis, pourrait-on avec quelque raison admettre le principe, que, dans le but de conserver la pureté de ces eaux, la police doit intervenir et empêcher qu'on n'envoie, dans les nappes d'où elles proviennent, d'autres eaux chargées d'immondices? Mais il suffit d'un peu de réflexion pour reconnaître l'inutilité, on pourrait dire le ridicule de cette intervention. Comment, en effet, mélanger à des eaux d'une nature quelconque, d'autres eaux animées d'un mouvement continuel, par une puissance capable de les faire monter d'une profondeur de 60 à 80 mètres.

C'est donc justement, et ceci paraîtra peut-être paradoxal, à côté même des puits forés jaillissans, que l'on peut envoyer sans crainte dans le sol les matières les plus infectes, car il est physiquement impossible qu'elles puissent être reçues et mélangées dans une eau soumise à une pression qui la fait monter au-dessus de la surface du sol.

Il est vrai que, d'après la théorie généralement adoptée pour les sources souterraines, une nappe non jaillissante sur un point peut le devenir sur un autre plus déprimé que le premier, mais, dans ce trajet, les mélanges seront tellement intimes qu'il n'existera plus la moindre trace appréciable de principes étrangers, et que l'eau surgira avec les qualités qui lui sont inhérentes; si, par impossible, il en était autrement, par les raisons exposées plus haut, ce serait un malheur pour les propriétaires inférieurs, car rien ne pourrait indiquer d'où l'eau de leurs puits prend son origine: ce n'est donc pas ici le cas d'appliquer l'article 552 du Code civil, qui dit que « le propriétaire du sol peut faire au-dessous » toutes les constructions et fouilles qu'il juge à propos, et » tirer de ces fouilles tout ce qu'elles peuvent fournir, sauf » *les modifications résultant des lois et réglemens* » *relatifs aux mines et des lois et réglemens de po-* » *lice.* » Ces lois et ces règlemens ont très sages pour les puits ordinaires, et la police fait très bien d'y tenir la main, mais elle s'exposerait à commettre des injustices si elle les appliquait aux puits forés dont nous parlons.

S'il fallait ajouter de nouveaux motifs de sécurité sur l'altération future des puits artésiens, par les eaux perdues à l'intérieur du sol, nous dirions, que par la nature même des choses, le forage de la terre pour y perdre des eaux infectes, ne peut avoir lieu que très rarement, à Paris surtout, dont l'administration surveille attentivement l'écoulement des eaux ménagères, et qui n'autorise aucune fabrique, sans cette condition importante. Des voiries comme celles de Bondy et de Montfaucon peuvent bien s'établir, mais une fois disparues on ne les reforme plus. D'un autre côté, le forage d'un puits étant une opération fort chère, peu de gens trouvent de l'avantage à la pratiquer, pour l'écoulement de quelques eaux sales.

Si nous rappelons maintenant que les nappes ou les courans d'eau qui se trouvent dans le sein de la terre sont d'autant plus abondantes qu'elles sont plus inférieures;

Qu'il faut des masses véritablement énormes d'eau infecte, pour altérer d'une manière sensible la nappe des puits de Paris;

Que, quelle que soit l'abondance de ces eaux infectes, et malgré leur arrivée non interrompue dans cette nappe, leur action ne reste appréciable aux sens que dans un rayon très circoncrit au-delà duquel l'eau conserve toutes ses qualités naturelles;

Si nous considérons que le puits foré de Bicêtre qui reçoit toutes les eaux ménagères d'une population qui représente une ville de cinq à six mille âmes, et qui entraîne certainement une quantité notable de matières fécales et toutes les urines dans leur état naturel, n'a pas nui aux puits qui ont été forés dans le voisinage;

Si nous examinons que les matières solides ne forment qu'une portion très minime de tout ce qui sort de nos fosses d'aisance, et que les urines perdent en peu de temps, par la putréfaction, toutes les matières animales qu'elles contiennent, et sont réduites à l'état d'eau ordinaire;

Que dans la voirie de Bondy, ces liquides se trouvent unis à une quantité énorme d'eau de source dont il est impossible d'apprécier la quantité et le renouvellement;

Qu'il sera toujours dans l'intérêt des entrepreneurs de retenir toutes les matières solides pour les convertir en engrais;

Si enfin nous nous pénétrons bien de cette idée, que dans tous les pays où se trouvent des sources jaillissantes venant à la surface du sol, il est impossible de faire pénétrer dans les nappes d'où proviennent ces sources, la moindre quantité de liquides,

Nous en conclurons que *l'on peut sans danger, et en toute sécurité, permettre aux adjudicataires de la voirie de Bondy, d'employer à son desséchement, le puits qu'ils ont fait forer sur une de ses rives.*

La commission en terminant ce travail, éprouve le regret d'avoir été obligée de lui donner une si grande étendue; mais se trouvant chargée d'examiner et de résoudre une question aussi neuve qu'importante, et qu'intéresse à un si haut degré l'hygiène et l'industrie; elle n'a pas pu se dispenser d'entrer dans des détails sans lesquels il lui eût été impossible de se faire comprendre et de motiver sa manière de voir; elle a pensé que, dans cette circonstance, c'était moins sur les raisonnemens que sur les faits qu'il fallait s'appuyer, et qu'elle devait faire en sorte que les conséquences en découlassent naturellement. Elle ose se flatter d'avoir atteint le but qu'elle s'était proposé, et vers lequel, depuis quatre mois, elle a dirigé continuellement ses efforts.

GIRARD,
PARENT-DU-CHATELET, *rapporteur.*

NOTA. — La théorie des puits forés ou la cause qui fait monter l'eau de la terre à sa surface, n'étant pas comprise

par tout le monde, plusieurs de nos collègues du conseil de salubrité, ont pensé que, pour l'intelligence du rapport précédent, il fallait y joindre nécessairement quelques explications; nous nous rendons à leurs observations, et continuant à puiser dans le Mémoire de M. Héricart de Thury, nous en extrayons ce qui suit :

Tout semble prouver que l'ascension de l'eau dans un trou pratiqué par la sonde, est due à la même cause qui la fait jaillir dans les jets d'eau, c'est-à-dire qu'elle vient d'un réservoir qui se trouve placé plus haut que le point d'où elle sort.

Dans les parties supérieures d'une contrée, se trouvent, à différentes hauteurs, des bassins, des lacs, des rivières qui tous laissent pénétrer dans le sol qui les supporte une certaine quantité d'eau, laquelle obéissant à son poids, franchit les terrains perméables, pénètre dans les crevasses et cavernes qui y sont, et s'insinue de cette manière entre les différentes formations qui, disposées par couches imperméables, en partie compacte, en partie cristallisées, les isolent les unes des autres d'une manière parfaite. La planche première fait voir en A, B, C, le point de départ de ces masses aqueuses; en *aa, a'a, bb', b'b'*, elle les montre sous forme de nappes coulant à travers les sables ou graviers, ou sous forme de courans irréguliers représentés par la ligne de superposition *cc* des terrains de transport sur ceux de sédiment.

Le puits foré A', descendu jusqu'à la nappe d'eau *aa*, alimentée par l'épanchement du bassin A, donnera des eaux remontantes qui arriveront à la surface de la terre, tandis que dans les puits A''' elles jailliront au-dessus, et que dans les puits A'' elles lui resteront inférieures en se mettant dans chacun de ces puits à une hauteur proportionnée à celle du niveau du bassin A.

Quant au puits A, qui est deux fois plus profond que les précédens, malgré sa plus grande profondeur et les deux nappes d'eau *aa, a'a'* qu'il a traversées, ses eaux ne remontent pas plus haut que celles des puits A', A'', A''', parce que ces deux nappes d'eau sont l'une et l'autre alimentées par celles du bassin A.

De même dans le puits foré B' approfondi jusqu'à la nappe d'eau *bb* on obtiendra un jet remontant au-dessus de la surface de la terre à une hauteur proportionnée à celle du bassin B. Et le puits foré B'', quoique d'un tiers plus profond que le précédent et atteignant les deux nappes *bb, b'b'*, donnera un jet qui ne s'élevera qu'à la même hauteur, puisque les deux nappes d'eau proviennent du même bassin B.

Enfin les puits C', C'' et C''', alimentés par les eaux de l'effluve irrégulier *cc*, qui prend son origine dans le bassin C, font voir :

1° Que le puits C'', s'il n'était percé qu'à la profondeur du puits C' ne donnerait pas d'eau, puisque l'effluve suit les mouvemens irréguliers de la surface des terrains inférieurs, et qu'il faudrait continuer son forage pour atteindre plus bas l'eau en C''.

2° Que le puits C''' descendu plus bas encore que le puits C'', ne donnera pas d'eau de cette profondeur à cause du relèvement du terrain intermédiaire qui interrompt dans cette partie l'écoulement de l'effluve *cc*, ou que si ce puits donnait des eaux jaillissantes, ce ne serait que celles des nappes *bb* et *b'b'* qu'il aurait traversées, et qu'ainsi, malgré la profondeur de ce puits, le jaillissement de l'eau ne pourrait jamais s'élever au-dessus de celui des deux puits B et B'.

La planche seconde que nous empruntons encore à M. Héricart de Thury, n'est pas hypothétique. Elle présente l'ensemble des grandes formations que les géologues ont reconnu exister de la chaîne des Vosges à la mer en passant par Epinal, Saint-Dizier, Vitry, Sézannes, Coulommiers, Paris, Nantes, Rouen et le Havre, elle donne encore l'application de la théorie des puits forés exposés dans la première planche.

Ainsi en prenant les environs de Paris pour exemple, à raison des dernières formations qui ont recouvert notre continent, on voit dans cette coupe, sous le numéro premier :

N° 1. La formation supérieure de nos grandes collines qui comprennent les limons d'alluvion, les matières et les marnes d'eau douce, et au-dessous les grès et les sables;

2. Les marnes marines, et au-dessous la seconde formation d'eau douce qui comprend les marnes et les trois grandes masses de gypse;

3. Le calcaire marin à cérites recouvert de marnes et de calcaires siliceux, et ayant au-dessous de lui des sables et des grès calcaires;

4. Les lignites, leurs sables et les argiles plastiques avec leurs lignites pyriteux, la première formation d'eau douce de MM. *Cuvier* et *Brongniart;*

5. La grande masse de craie ou la formation crétacée;

6. Les argiles, les marnes-lumachelles et le calcaire corallique avec les calcaires pyriteux;

7. Les différentes formations des calcaires colitiques;

8. Les calcaires marneux;

9. Les grès bigarrés;

10. Les terrains houillés;

11. Les terrains intermédiaires;

12. Enfin le terrain primitif ou les granits.

Dans la superposition de ces différentes formations, il existe des couches terreuses ou pierreuses plus ou moins perméables, dans lesquelles les eaux des vallées ou bassins supérieurs s'infiltrent. Ainsi, par exemple, près Sézanne, les eaux qui coulent en A, à la jonction de la craie et des terrains n° 4, 3, 2 et 1 qui la recouvrent, s'écoulent sur la masse de craie ou s'infiltrent dans son intérieur si la partie supérieure a éprouvé des accidens postérieurement à sa formation et y forment une nappe d'eau A, A', qui tend à remonter au-dessus de la surface de la terre et à reprendre le niveau de leur point de départ A, partout où elles trouvent des issues, et par conséquent par les issues artificielles qu'on perce à l'aide de la sonde, telles que les puits forés A, A'.

De même les puits forés B' C' D' E', descendus aux profondeurs convenables, atteindront les nappes d'eau qui proviennent des bassins supérieurs, savoir : les puits B' B' celles qui s'infiltrent en B dans les environs de Vitry, sous les craies n° 5.

Les puits C' C', les eaux provenant du bassin C aux environs de Saint-Dizier, et qui s'infiltrent entre la sixième et la septième couche, et forment les nappes d'eau C et C'.

Les puits D' D', les eaux du bassin d'Epinal en D, entre la formation n° 8 et la formation n° 9 où elles forment la nappe D, D' dont les eaux reprendraient leur niveau à la hauteur du bassin D par le puits DD.

Enfin le puits E' E', les eaux d'un bassin supérieur de la chaîne des Vosges, supposé en E, dont les eaux s'infiltrent entre la couche n° 10 et les terrains de formation intermédiaire, n° 11, en formant entre ces terrains une nappe d'eau E E',

Il faut observer qu'en désignant dans cette coupe, les cinq nappes d'eau A', B', C', D' et E', cela ne veut pas dire que par des sondages on ne rencontrerait dans l'étendue de ces terrains que ces cinq niveaux d'eau seulement; tout prouve qu'il en existe un bien plus grand nombre, et qu'il en existe même plusieurs dans chaque formation; mais ces exemples sont suffisans pour l'explication des fontaines jaillissantes, percées suivant la méthode artésienne.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ, RÉDACTEUR EN CHEF.

OCTOBRE, 1833.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de l'arachnitis cérébrale,

Par L. Martinet.

La fréquence des maladies aiguës du cerveau, la rapidité de leur marche, leur extrême gravité, le degré d'exactitude auquel le diagnostic de ces affections est aujourd'hui parvenu, nous ont semblé des motifs suffisans pour chercher à rendre de plus en plus familiers pour tous les praticiens les préceptes thérapeutiques que comporte l'état actuel de la science. C'est dans cette vue que nous nous proposons de donner successivement un exposé détaillé des divers traitemens que réclament les principales maladies de l'encéphale. Nous commencerons ce travail par l'inflammation des méninges.

Cette inflammation n'existe-t-elle que depuis peu de jours, et ne s'annonce-t-elle encore que par les symptômes qui constituent la première période, c'est-à-dire par une forte céphalalgie avec fièvre, sans que rien indique que ces phénomènes se rapportent à un organe autre que l'encéphale, il faut recourir promptement à la saignée, moyen le plus sûr d'arrêter les progrès de la congestion cérébrale commençante; mais pour s'assurer toutes les chances possibles, on doit pratiquer une saignée assez copieuse pour suspendre, ou du moins calmer notablement la céphalalgie, et pour faire cesser l'agitation cérébrale dont le malade peut déjà être atteint. On choisira de préférence les veines du pied, en ayant soin de piquer les deux membres à la fois, afin de produire une déplétion sanguine plus rapide; ce ne serait que dans le cas où la saignée du pied ne pourrait être pratiquée, ou ne fournirait pas suffisamment de sang, qu'on aurait recours à la saignée du bras, toujours d'une exécution plus facile, et sur les résultats de laquelle on peut généralement plus compter. La quantité du sang que l'on tirera par la veine devra se mesurer, et par la congestion céphalique sur la violence de la céphalalgie, et sur la forme approximative du sujet, à moins que quelque idiosyncrasie ou quelque susceptibilité particulière ne fasse craindre un collapsus consécutif considérable. On peut revenir sans crainte à la saignée trois ou quatre fois. L'époque la plus avantageuse pour cette opération est celle où la réaction fébrile est la plus forte pendant le paroxysme; c'est l'instant où les soustractions sanguines sont le plus facilement supportées et où leurs effets sont le plus marqués.

L'enfance ne contre-indique pas la saignée générale; aussi doit-on débuter par elle toutes les fois que le volume des vaisseaux permet de tirer une certaine quantité de sang. Cette opération, si le

malade la supporte bien, sera répétée une seconde fois chez les enfans, pour peu que le pouls conserve de la force et de la fréquence, ou que la céphalalgie persiste.

Dans le cas contraire, où le pouls s'affaisse, devient mou dès les premières saignées, où la douleur de tête ne perd en rien de son intensité, il convient de passer à l'emploi des sangsues. On les applique à la base du crâne, derrière les oreilles, aux tempes, le long des veines jugulaires, et à la nuque si le col est raide et la tête renversée en arrière. Pour favoriser l'écoulement du sang, on les fait suivre de l'application de petites ventouses, qui auront en outre l'avantage de surexciter la peau et d'établir une dérivation favorable. Pour peu que la congestion faciale soit plus considérable d'un côté, et que le malade ait un épistaxis, même peu abondant, on placera de préférence les sangsues à la partie interne des ailes du nez. Dans ce cas, il faut avoir le soin de pincer le nez audessus de narines, afin que les sangsues ne piquent point trop haut, ou qu'en s'échappant, elles n'aillent pas se fixer au pharynx ou à l'œsophage. On peut remplacer avec avantage les sangsues par des scarifications pratiquées sur la membrane pituitaire. Ces deux espèces de saignées locales, et surtout la dernière, ont été puissamment recommandées par des praticiens estimés, et notamment par M. Cruveilhier.

Si le pouls est encore fort, le sujet peu affaibli par les saignées antérieures, il ne faut point craindre d'employer un grand nombre de sangsues, et d'en appliquer de trente à cinquante chez un adulte, et de cinq à vingt-cinq chez un enfant. En effet, si l'on réfléchit que c'est à cette époque seulement que l'on peut attendre quelque succès du traitement de l'arachnitis, on balancera moins dans l'emploi des antiphlogistiques tels que nous les recommandons ici. Cette méthode trouvera surtout son application lorsqu'il existe à la face un érysipèle considérable, ou lorsque la maladie reconnait pour cause, soit l'insolation, soit une violence exercée sur la tête. Dans le cas, au contraire, où l'arachnitis serait survenue à la suite d'une suppression de quelque flux sanguin, il serait plus rationnel de suppléer à ce dernier par une application de sangsues dans le lieu où ce flux existait antérieurement, et de ne recourir à la saignée qui si celles-ci se montraient insuffisantes. Enfin il est toujours prudent, chez les enfans, de calmer par l'usage des cataplasmes émolliens les diverses inflammations du cuir-chevelu qui peuvent exister, et de rétablir les exanthèmes qui seraient supprimés.

Il est un autre moyen de s'opposer aux congestions de l'encéphale, et qui peut être employé particulièrement au début de l'arachnitis. Ce moyen, qui a plusieurs fois été suivi de succès dans les mains de M. Blaud, son auteur, consiste à comprimer les carotides en les rapprochant l'une de l'autre, et en les appuyant fortement contre les régions latérales et inférieures du larynx, lorsque le sujet est maigre, ou en les aplatissant d'avant en arrière, en prenant un point d'appui sur la colonne vertébrale, dans le cas où le malade a de l'embonpoint. Cette compression doit être d'autant plus prolongée que le sujet est plus vigoureux et que la congestion est elle-même plus considérable. Il faut avoir le soin de l'interrompre par intervalles. On peut arriver au même résultat en maintenant la tête et le tronc continuellement élevés.

On secondera les effets du traitement antiphlogistique par l'usage des bains de pieds chauds, et, chez les sujets qui ne pourraient point les supporter, par celui des maniluves. L'action du liquide sera rendue plus irritante par l'addition de farine de moutarde, de sel marin, de potasse ou d'acide muriatique.

On donnera pour boisson la décoction de chiendent, d'orge, l'hydromel, l'eau de gomme, etc., etc., et, dans les cas où il existerait de la constipation, des tisanes légèrement laxatives, telles que l'eau de veau, le petit lait, la limonade avec le sirop tartareux, les décoctions de pruneaux, de pulpes de casse ou de tamarin.

Enfin l'on éloignera toutes les causes qui peuvent agir défavorablement sur les sens ou sur-exciter le cerveau, telles que les émanations odorantes, le bruit, une lumière trop vive, une température trop élevée, et surtout la présence des personnes qui mettraient en jeu les diverses affections morales du malade.

Sous l'influence de certaines constitutions épidémiques, bilieuses ou saburrales, l'état des premières voies paraît tenir sous sa dépendance les diverses phlegmasies locales qui viennent le compliquer, et l'arachnitis réclame alors que l'on débute par un évacuant. C'est ainsi qu'un lavage avec un ou deux grains de tartre stibié, l'usage du calomélas à la dose de huit à douze grains donnés par fractions d'un grain, de légers minoratifs, tels que l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, le sirop de Nerprun, facilitent l'action des soustractions sanguines, lors même qu'ils ne les rendent pas inutiles. Mais toutes les fois que l'on aura recours à cette méthode évacuante, il faudra bien s'assurer d'avance qu'il n'existe aucune inflammation dans le canal intestinal; car tout traitement qui agraverait cette inflammation pourrait augmenter la phlegmasie des méninges.

C'est surtout lorsqu'il existe des vers, et notamment chez les enfans, qu'il ne faut pas s'obstiner à regarder ces entomozoaires comme la cause unique des symptômes cérébraux que l'on observe. Après avoir satisfait, au moyen d'un doux laxatif, à la première indication, celle d'expulser les vers, il faut agir par les moyens désignés ci-dessus, et ne point stimuler en pure perte les voies digestives qui, à cette époque de la vie, ont une si grande influence sur le cerveau. Aussi réussira-t-on souvent chez les enfans, en appliquant quelques sangsues à l'épigastre, dans le trajet du colon ou à l'anus, surtout lorsque l'arachnitis se montre à son début avec des vomissemens qui ne sont encore que sympathiques, ou que le ventre paraît être le siége de quelque maladie coïncidente.

Si l'enfant qui présente des signes d'arachnitis est à l'époque de la dentition, et que ses gencives soient très-douloureuses, deux ou trois sangsues appliquées sur la muqueuse gengivale, ou de petites incisions pratiquées aux gencives, opéreront un dégorgement suffisant et favoriseront l'emploi des autres moyens.

L'arachnitis est-elle parvenue à un second degré, reconnaissable à l'exaltation mentale, au trouble plus ou moins marqué des idées, si la phlegmasie porte sur les hémisphères, ou à une tendance à l'assoupissement, si son siége est à la base du cerveau ou dans les ventricules; outre les moyens indiqués plus haut, on pourra, lorsque la fièvre, la vigueur du sujet, l'agitation extrême du malade, l'état de richesse du sang, le motiveront suffisamment, faire à la jugulaire une saignée qui, dans ce cas, aura l'a-

vantage de désemplir très-promptement les vaisseaux des méninges. Au défaut de ce dernier moyen, on peut pratiquer une large saignée du bras.

On s'opposera au retour de nouvelles congestions cérébrales par des applications sur la tête de compresses trempées dans de l'eau froide; et, afin d'éviter la réaction qu'entraîne ce topique, on abaissera successivement et de plus en plus la température du liquide.

On peut se rendre maître de la réaction générale, c'est-à-dire de la fréquence du pouls et de la chaleur de la peau, comme de l'effervescence cérébrale, du coma et des convulsions qui ont lieu si fréquemment chez les enfans, par l'usage des affusions fraîches, à la température de 14° à 20° R., dirigées pendant cinq à six minutes sur la tête et sur tout le corps, à moins que la poitrine ne soit affectée; et alors on placerait préalablement dans un bain tiède le malade jusqu'au cou. Ces affusions doivent être répétées toutes les fois que la réaction cérébrale, la chaleur cutanée et la fréquence du pouls se rétablissent. On juge que leur usage doit être abandonné lorsque le malade se réchauffe difficilement, et à plus forte raison lorsqu'il reste froid et dans un état de raideur que l'affaiblissement, ainsi que la stupeur, augmente, et que la fréquence ou la petitesse du pouls, loin de diminuer, va croissant. Dans les cas, au contraire, où la chaleur générale, le développement de l'artère et les signes de congestion du cerveau prennent un nouvel accroissement, il faut continuer les affusions, tout en combattant ces derniers symptômes par quelques sangsues appliquées de nouveau à la base du crâne.

La période de réaction, d'effervescence, est-elle sur le point de se terminer; le traitement antiphlogistique n'a-t-il pas rempli l'attente du médecin; la sensibilité diminue-t-elle dans les diverses régions du corps, ce que l'on peut constater facilement en pinçant la peau; l'affaissement, la tendance à l'assoupissement font-ils des progrès; la stupeur devient-elle extrême, l'intelligence cesse-t-elle entièrement; le pouls est-il petit, quoique fréquent? l'on ne doit plus compter sur les évacuations sanguines, à moins qu'elles n'aient point encore été employées, et alors même on ne doit y recourir qu'avec beaucoup de circonspection, ne débuter que par quelques sangsues au col. C'est aux révulsifs appliqués aux membres inférieurs; c'est à l'emploi des ventouses à la partie postérieure du col qu'il faut recourir pour prévenir un colapsus qui ne tarderait pas à devenir funeste. Les sinapismes, les vésicatoires aux cuisses ou aux jambes, remplissent également très-bien cette indication. Si cependant le coma augmentait, un large vésicatoire, établi à l'aide de la pommade ammoniacale dans toute la longueur de la nuque, pourrait devenir fort utile; il amène quelquefois une rémission dont on profite ensuite pour l'emploi subséquent d'autres moyens de traitement.

Chez les enfans, les frictions mercurielles pratiquées à l'angle des mâchoires ont souvent déterminé des salivations salutaires. Mais, en principe, on ne doit pas se borner à cette médication unique; il faut y joindre celles dont nous avons parlé.

C'est à cette même période, lorsque les évacuations sanguines, les affusions, les vésisations n'ont pu arrêter la marche de l'arachnitis, qu'une violente stimulation, dirigée sur le canal intestinal, peut encore être suivie de quelques chances de succès. Plusieurs fois, dans ces cas, nous avons constaté les heureux résultats de l'emploi du tartre stibié à la dose de 12 grains sur 4 onces de véhicule fortement édulcoré. Nous en dirons autant de la plupart des purgatifs les plus énergiques, des lavemens chargés de muriate de soude, d'une forte décoction de séné, etc. C'est particulièrement chez les enfans que ce traitement perturbateur a le plus compté de réussites. Mais dès que le malade est retiré de l'assoupissement dans lequel il était plongé, que la sensibilité s'est réveillée, il faut diminuer ou suspendre l'émétique ou les purgatifs employés, et ne pas compromettre un reste de vie par une surexcitation qui pourrait l'éteindre complètement. Recourez alors à l'usage des lavemens avec la décoction de quinquina, à quelques cuillerées d'une potion dans laquelle on fait entrer l'acétate d'ammoniaque, une émulsion camphrée, l'éther à dose modérée, afin de remonter les forces du malade, en ayant toutefois soin d'en suivre avec attention les effets, et toujours préparé à les suspendre dès que le malade s'en trouve mal; placez des cataplasmes chauds aux pieds, puis des sinapismes qui seront successivement promenés sur divers points des membres inférieurs; frictionnez le ventre, la poitrine, les membres, avec des teintures aromatiques, un liniment ammoniacal ou l'éther acétique. Enfin si le collapsus est extrême, sans qu'il existe toutefois des signes trop évidens d'une désorganisation cérébrale, ce qui s'observe si fréquemment chez les enfans dans les cas d'arachnitis des ventricules ou de la base du cerveau, ayez encore recours au phosphore, médicament héroïque qui s'est montré plus d'une fois utile dans des circonstances analogues. Dix à vingt-cinq gouttes d'acide phosphorique, cinq à huit gouttes d'éther phosphoré, sur une cuillerée d'eau distillée, sont une dose que l'on peut répéter plusieurs fois dans la journée; mais surveillez-en avec soin les effets et ne continuez d'administrer ainsi le phosphore que le temps nécessaire pour rendre quelque énergie au malade, pour le rappeler à la vie. Dès que la nature paraîtra pouvoir se suffire à elle-même, mettez de côté tous les auxiliaires et n'oubliez pas qu'elle a des ressources souvent inconnues; le rôle du médecin ne doit plus alors consister qu'à se tenir sur la défensive et à gagner du temps. Enfin si le malade a échappé au danger, il est bon d'entretenir un vésicatoire à un des membres inférieurs; cette précaution est particulièrement applicable aux enfans, qui sont très-disposés aux rechutes.

Il est presque inutile de rappeler qu'il ne faut pas confondre avec la troisième période dont nous venons de parler, la tendance à l'assoupissement, ou le coma avec réaction forte, que l'on observe dans la deuxième période de l'arachnitis de la base du cerveau ou des ventricules. Dans ce cas, c'est aux soustractions sanguines, aux pédiluves chauds, aux affusions froides, aux bains tièdes, qu'il faut avoir recours, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Lorsque l'arachnitis s'accompagne à son début d'un état profond de stupeur, que la tendance à l'extinction de la vie paraît imminente, que la réaction sanguine est peu prononcée, et qu'aucune paralysie locale, ni l'absence de tout véritable coma, n'indiquent que la cause d'un pareil affaissement ne tient ni à un épanchement, ni à une altération locale de la substance du cerveau, il faut bien se garder de tirer du sang, surtout par la veine: on ne ferait par là qu'augmenter le colapsus. C'est par les affusions froides, employées de prime abord, que l'on doit chercher à retirer le système nerveux de l'état dans lequel il est plongé. Elles ont le double

avantagé, dans ce cas, de réveiller le jeu des diverses fonctions sans user les forces, et de rendre à la peau sa sensibilité : ce qui permet ensuite de recourir aux révulsifs cutanés, moyen qui probablement eût été complètement nul, vu l'état d'insensibilité dans lequel se trouvaient les tégumens. Les affusions, dans cette circonstance, ont quelquefois besoin d'être administrées à une plus basse température que celle dont nous avons parlé, et, à cet effet, on doit se régler sur le degré de la stupeur; c'est-à-dire que l'eau sera d'autant plus froide que la stupeur sera plus marquée; mais, d'une autre part, l'affusion sera moins prolongée. L'on aura le soin de réchauffer le malade lorsqu'on le retirera de l'eau, et de lui pratiquer des frictions sèches sur tout le corps, surtout si la réaction se rétablit avec difficulté. On peut rendre l'emploi des affusions plus efficace encore, dans ces cas d'arachnitis avec défaut de réaction, en les faisant précéder d'un bain entier sinapisé. Les applications fraiches et permanentes sur la tête ne seront employées que si la céphalalgie, la rougeur de la face, le battement considérable des artères, la chaleur de la peau, en nécessitent l'usage. Dans ce dernier cas, on appliquerait des sangsues au cou, ou l'on pratiquerait la saignée selon l'occurrence.

Quant à l'arachnitis intermittente, le quinquina, la quinine et tous les puissans antipériodiques qui peuvent être alors administrés, ne doivent l'être que lors de l'apyrexie à doses assez fortes pour couper complétement l'accès, et après l'emploi préalable du traitement antiphlogistique et révulsif.

Les phénomènes de l'arachnitis ne se sont-ils développés qu'avec lenteur, ou bien cette maladie passe-t-elle à l'état chronique, il faut s'y opposer par l'emploi prolongé des exutoires, tels qu'un séton à la nuque, un ou plusieurs moxas sur les côtés de la colonne cervicale, à l'occiput; pratiquer une saignée ou appliquer des sangsues, toutes les fois que la congestion cérébrale se réveille; la combattre, si elle persiste, par des applications froides sur la tête, par les affusions; faire un usage habituel des laxatifs, la constipation étant une complication fréquente de la méningite chronique : à cet effet, on administrera le calomélas aux enfans, vu la facilité de son emploi, et chez les adultes les lavemens purgatifs; enfin on doit surveiller les divers flux sanguins auxquels le malade peut être sujet, et éloigner les causes qui tendraient à empirer son état.

L. Martinet.

Note sur l'emploi des bains sulfureux dans la chorée, Par M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des enfans.

La chorée est une maladie quelquefois si rebelle, et les bains sulfureux que j'ai employés le premier dans ces cas, m'ont paru jouir d'une telle efficacité dans son traitement, je crois devoir appeler de nouveau l'attention des médecins sur cette médication, dont j'ai obtenu de très-bons résultats à l'hôpital des enfans et compléter ainsi la note qui a été publiée récemment dans ce journal.

Les bains sulfureux n'avaient jamais été employés contre la chorée, lorsqu'au mois de novembre dernier je fus conduit à les mettre en usage. Voici comment. Voulant connaître la valeur des principaux remèdes préconisés pour le traitement de la chorée, j'avais employé comparativement l'expectation, les émissions sanguines, les purgatifs, le sous-carbonate de fer et les pilules de Méglin. N'obtenant aucune espèce d'amélioration dans l'état des cinq jeunes filles choréiques soumises à ces différens modes de traitement, j'y joignis, sans plus de succès, l'usage d'un bain tiède pris chaque matin. Je pensai alors aux bains froids; mais je trouvais cruel et dangereux, dans la saison où nous étions, de tenter une pareille médication chez des enfans.

Avant d'y avoir recours, l'idée me vint d'essayer si les bains sulfureux ne les remplaceraient pas avantageusement. Je vis mes cinq malades guérir avec une rapidité étonnante. Leurs lits furent bientôt occupés pas d'autres choréiques, et les bains sulfureux employés exclusivement procurèrent un résultat tout aussi satisfaisant. Dans l'espace de cinq mois, vingt-sept malades furent soumises à leur usage, et vingt-cinq fois la guérison eut lieu.

L'efficacité de ce mode de traitement, la facilité de son administration, engagèrent plusieurs de mes collègues à le mettre en usage. M. Bouneau y eut recours chez les garçons : je ne connais pas le résultat qu'il en a obtenu. M. Baffos le prescrivit dans le courant du mois de mars à deux filles couchées dans ses salles, et toutes deux furent guéries. Il paraît que, depuis cette époque, M. Guersent en a également retiré de bons effets. Il n'a pas été moins avantageux chez une jeune fille qui me fut apportée à la consultation de l'hôpital au mois d'avril. Elle était depuis trois mois confiée aux soins d'un des praticiens les plus habiles de Paris et on désespérait de la guérison : vingt-deux bains sulfureux la rétablirent entièrement.

Je n'ai vu les bains sulfureux échouer que chez une seule malade, dont la chorée est encore aujourd'hui au même degré, quoiqu'on lui ait opposé tous les moyens connus.

Les bains sulfureux ont été donnés tous les jours, le dimanche excepté. Leur durée était d'environ une heure.

Je n'ai eu qu'à me louer d'avoir accordé aux malades une nourriture proportionnée à leur appétit. Celles qui ne pouvaient exercer la mastication, et le nombre en a été considérable, étaient nourries avec des soupes, des potages en aussi grande quantité qu'elles le désiraient. A mesure que leur état s'améliorait, on y joignait du pain, de la viande à chaque repas et du vin pur. Lorsque l'appétit diminuait, la guérison cessait de faire des progrès.

J'ai vu plusieurs fois la chorée, après une amélioration remarquable, rester stationnaire. Cela a eu lieu principalement chez les enfans qui, avant leur entrée à l'hôpital, avaient été affaiblis, soit par la diète, soit par des émissions sanguines. Le sous-carbonate de fer secondait alors merveilleusement l'action des bains sulfureux. Je le prescrivais à la dose de douze grains matin et soir, et presque aussitôt on voyait la maladie marcher de nouveau vers la guérison. Voilà les principaux points sur lesquels il me paraît utile de revenir; j'engage les praticiens à recourir aux bains sulfureux dans une maladie qui est si souvent rebelle à tant de moyens de traitement.

A.-C. Baudelocque.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

DE LA CRÉOSOTE ET DE SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES (1).

Par M. Reichenbach.

Mes premières observations sur les vertus médicales de la créosote ont été accueillies peu favorablement par les médecins de Vienne; cependant je ne me suis point laissé décourager, et j'ai poursuivi avec ardeur l'examen des propriétés thérapeutiques de ce nouveau médicament. Je suis parvenu à force d'essais continués avec persévérance, à des résultats qui me semblent assez intéressans pour prendre place dans une sphère plus étendue. On entend parler si souvent de tant de médicamens miraculeux qui vont ensuite s'éteindre dans l'oubli, que l'on ne peut accueillir qu'avec défiance l'annonce de tout nouveau remède; l'on doit donc trouver naturelle l'opposition qu'on rencontre dans le principe; mais quant à la créosote, cette substance me semble réellement en état de triompher d'elle-même de toutes les préventions.

Ma position pour me livrer à des essais n'a point été fort avantageuse; je n'ai point à plusieurs lieues à la ronde un médecin au niveau de la science, qui ait pu m'assister, imprimer une direction rationnelle à mes expériences, suivre en critique les résultats, et coordonner scientifiquement les observations; cependant, avec le concours d'un chirurgien de campagne et d'un ancien pharmacien, je suis parvenu à opérer une série de guérisons remarquables. Malgré la nudité du récit dans lequel j'ose les présenter, elles en diront assez aux médecins instruits pour pouvoir reconnaître et juger. Les vertus de ce nouvel agent thérapeutique me furent révélées d'une manière qui mérite d'être mentionnée. Lorsque je m'occupais de la découverte de la créosote, j'eus l'épiderme des doigts enlevé; cette action énergique sur la substance organique ne put m'échapper, et je soupçonnai que ce corps pouvait être le principe momifiant qui distingue à un si haut degré l'acide pyroligneux. Quelques expériences que je fis à cet égard confirmèrent mes conjectures de la manière la plus complète. De l'action anti-putride qu'elle exerçait sur la chair morte il n'y avait qu'un pas à la présomption qu'elle pouvait être d'un grand secours comme moyen thérapeutique, si on la mettait en contact avec le corps vivant sur lequel on a assez souvent à lutter contre la putréfaction. Des expériences pouvaient être entreprises sans beaucoup de danger, attendu que l'on pouvait choisir des cas extérieurs, et que la créosote, en raison de sa faible solubilité dans l'eau, facilitait les précautions à apporter dans son emploi pour le début. Ces premiers essais furent faits sur de légères brûlures, sur la gerçure des enfans et sur des blessures. L'heureux résultat obtenu nous engagea à les répéter sur la gale, sur des éruptions chroniques de la peau, sur la teigne, et ensuite sur des ulcères rongeans, puis on se hasarda à employer cette substance contre la carie et contre toutes sortes d'ulcérations cancéreuses dont nous avions précisément de nombreux cas. Comme toutes ces tentatives parvinrent à guérir heureusement nos malades bien au-delà de notre attente, que jamais il n'arriva d'accidens, nous nous enhardîmes de plus en plus, et nous essayâmes alors la créosote dans des formes analogues de maladies, et enfin dans des ulcérations siphilitiques, qui cédèrent aussi facilement à son action que les autres ulcères suppurans; alors notre intérêt se porta au plus haut point sur la phthisie pulmonaire, ce fléau si redoutable de la jeunesse, même la plus robuste; tous les faits que nous avons observés sous ce rapport ont confirmé d'une manière éclatante les propriétés de la créosote.

Voilà en peu de mots l'historique de la chose : l'eau de Binelli ne m'était pas connue, et mes expériences en furent indépendantes; aussi, comme on le voit, ne furent-elles point dirigées vers la suppression des hémorragies, qui constitue sa propriété spéciale; je n'ai point encore fait faire des essais pour savoir si la créosote jouit aussi des vertus hémostatiques. Les médecins auront bientôt décidé cette question. Je n'ai jusqu'à présent dirigé mon attention que sur des plaies suppurantes de mauvaise nature et sur des maladies chroniques, et l'expérience de beaucoup de faits m'a appris que dans toutes les suppurations la créosote possède une force médicatrice spécifique et tout-à-fait énergique sans produire aucun accident, propriété qu'elle ne dément pas même dans le traitement des blessures.

Quelque peine que je me sois donnée pour essayer ses effets dans des cas de cancer d'estomac et de matrice pour la guérison desquels elle donne les espérances les mieux fondées, toutes mes tentatives ont été infructueuses; à mon grand regret, je n'ai pu dans nos environs découvrir personne atteint de ces maladies. J'ai maintenant rendu compte de ces faits au plus hautes autorités médicales de Vienne, qui les ont jugés dignes de leur attention, et des expériences ont été ordonnées dans les hôpitaux de cette ville sous la direction de médecins distingués. Ainsi, la chose est aujourd'hui confiée à des mains plus habituées et plus expérimentées, et le public peut espérer de recevoir bientôt de ces arbitres une décision plus péremptoire que celle dont sont capables mes faibles forces dans un sujet aussi important.

Je prie le lecteur de ne faire attention qu'à l'intérêt du sujet, dans le récit des faits que j'ai rassemblés et que je vais lui communiquer et nullement à la rédaction.

Maladies traitées avec succès par la créosote.

Brûlures. — Observation I. — Une servante, à Blansko, se brûla le bras avec un fer chaud à repasser. La brûlure avait cinq pouces de long sur deux de large : elle fut d'abord traitée par une solution d'acétate de plomb, et passa à la suppuration, alors elle fut pansée quatre fois par jour avec un linge imbibé d'une faible solution de créosote dans

(1) La créosote est un médicament qui vient d'être découvert dans le goudron par un habile chimiste allemand, M. Reichenbach (Voyez plus bas la préparation.) Les essais faits dans divers hôpitaux d'Allemagne ayant confirmé les propriétés que l'auteur a reconnues à cette substance, nous croyons intéressant de publier la partie médicale du mémoire de M. Reichenbach qui nous est communiquée par M. Vallet, pharmacien à Paris. Les faits qui sont mentionnés sont d'une haute importance. Nous espérons avoir bientôt de la créosote à notre disposition; aussitôt que nous en posséderons, nous nous empresserons de l'expérimenter, et nous publierons les résultats que nous aurons obtenus.

(*Note du Red.*)

l'eau; cette applicatoin produisit d'abord de la cuisson, la suppression cessa bientôt; en trois jours l'inflammation disparut, en huit jours la guérison était opérée.

Obs. II. — Une autre servante, à Ernsthal se brûla avec de l'eau bouillante, en fut également guérie en trois jours par l'eau de créosote (1).

Obs. III. — Un roulier, à Ober-Lhota, s'était brûlé le genou avec de l'eau bouillante, l'eau de créosote le guérit en aussi peu de temps.

Gale et dartres. — Obs. IV. — La fille d'un paysan, à Blansko, âgée de dix-sept ans, avait une espèce de gale aux mains, elle fut lavée pendant huit jours avec de l'eau de créosote, l'épiderme malade s'enleva par écailles, et la gale disparut.

Obs. V. — Un enfant, à Blansko était couvert par tout le corps d'un exanthème chronique, il fut lavé avec l'eau de créosote et guérit.

Obs. VI. — Un domestique d'auberge, âgé de trente ans, avait une gale fortement prononcée aux mains, aux avant-bras, et aux pieds, cette affection durait depuis longtemps; il prit un purgatif, et fut lavé avec l'eau de créosote, l'amélioration fut lente, on essaya alors de faire usage de créosote pure sans eau, et on enduisit la partie malade de cette substance, en même temps on prépara un onguent composé de créosote et d'axonge, on l'étendit sur les boutons de gale, ceux-ci s'écaillèrent bientôt, et le malade fut guéri en huit jours.

Obs. VII. — Le juge de Blansko était, ainsi que toute sa maison, tourmenté depuis longtemps par une gale siphilitique. Les médecins avaient employé les mercuriaux à dose croissante, même jusqu'à salivation; les décoctions de salsepareille, de squine, l'onguent anti-psorique, etc., tout avait été inutile. Alors les parties malades furent lavés pendant quatorze jours avec l'eau de créosote, toutefois le résultat ne fut pas complet, on étendit donc la créosote elle-même sur les boutons; au bout de huit jours, il put reprendre ses occupations, et au bout de trois semaines, la guérison était complète.

Obs. VIII. — Une servante, à Habrowka, âgée de trente-deux ans, portait depuis neuf ans des dartres squammeuses aux mains et aux bras. Pendant cet espace de temps, son affection avait disparu une fois durant une grossesse, mais elle était revenue; la malade fit d'abord usage d'eau de créosote, puis on la frotta avec de la créosote pure, il s'ensuivit, sur toute la surface malade, une irritation générale, à la suite de laquelle la guérison eut lieu avec desquammation. La personne rentra alors en service, elle y est depuis neuf mois avec une santé parfaite.

Obs. IX. — Une femme de Kiritein, âgée de quarante-quatre ans, avait au visage depuis deux ans une dartre douloureuse qui suintait, et qui même avait endommagé la vue; on avait employé les moyens ordinaires sans résultat: elle fut lavée plusieurs fois avec l'eau de créosote; il s'ensuivit un gonflement qui céda bientôt, la partie malade se dessécha et s'exfolia; au bout de vingt jours la guérison était achevée, et la vue rétablie.

Gerçures. — Beaucoup d'enfans, dont les gerçures ne cédaient pas à l'emploi de la poudre de lycopode, n'eurent besoin que de quelques lotions avec de l'eau de créosote, et le mal disparut sur-le-champ.

Gangrène. — Obs. X. — Un maçon, à Daubrawiz, s'était tellement blessé dans une fracture que, depuis la hanche jusqu'au genou, toute la peau était gangrenée, et que la gangrène pénétrait déjà profondément. On fit une application de créosote, et la partie malade guérit bien que le patient ne pût quitter son lit à cause de sa fracture, et qu'il mourût plus tard des suites.

Carie. — Obs. XI. — Un enfant d'un charpentier, à Daubrawiz, âgé de huit ans, avait à l'ongle du gros orteil un ulcère carieux qui durait depuis longtemps, et avait déjà fait gonfler l'os; on lui fit des applications d'eau de créosote que l'on renouvela plusieurs fois par jour; il fut guéri en cinq semaines.

Obs. XII. — Une petite fille, à Daubrawiz, âgée de sept ans, et un garçon du même endroit, âgé de cinq ans, avaient tous deux de pareils ulcères carieux aux pieds; ils furent guéris de la même manière.

Douleurs des dents. — Obs. XIII. — Une femme, à Ober-Klepaczow, âgée de trente ans, avait des douleurs continuelles dans une dent creuse; du coton imbibé de créosote enfoncé dans la cavité fit cesser aussitôt la douleur. La même expérience fut très-souvent répétée avec le même succès, et les douleurs de dents furent ainsi apaisées sur-le-champ dans des cas si nombreux, que l'on ne saurait assez recommander l'effet de cette substance à cet égard. Le plus souvent il a suffi de se gargariser simplement avec de l'eau de créosote, mais il est plus sûr de mettre une goutte de créosote pure dans la dent creuse, préalablement nettoyée. Des personnes que les douleurs des dents avaient tourmentées pendant des années entières en furent, par ce moyen débarrassées aussitôt, et d'une manière durable. On peut espérer que la carie des dents sera aussi guérie par la créosote. Cependant les expériences qui m'ont réussi jusqu'à présent ne datent que d'environ six mois, et, avant qu'elles ne soient confirmées par un plus long espace de temps, je ne veux point encore me permettre aucun jugement à cet égard.

Obs. XIV. — Une servante, à Laschan, souffrait d'une fistule dentaire; on mit de la créosote dans l'ouverture, et le mal disparut.

Panaris. — Obs. XV. — Un journalier de Palawa, âgé de quarante ans, avait au doigt un panaris ouvert, de très-mauvaise nature, pour lequel on avait déjà pratiqué des incisions dans l'ongle; on lui fit des applications d'eau de créosote mélangée de créosote pure, on la renouvela cinq à six fois par jour; il guérit en trois semaines.

Obs. — XVI. Un ouvrier, dans une fabrique d'instrumens, à Blansko, âgé de vingt-sept ans, avait aussi un panaris suppurant au doigt, qui nécessitait l'extraction de l'ongle; traité par des applications de créosote, le gonflement disparut, l'ulcère sécha, et le doigt guérit.

Ulcères scrofuleux. — Obs. XVII. — Une fondeur, à Rudiz, âgé de trente-six ans, avait des ulcères scrofuleux au cou, et un écoulement continuel aux oreilles; il prit intérieurement du sulfure d'or avec de l'aloës et de la rhubarbe, on mit de l'onguent de créosote sur les ulcères, et l'oreille fut injectée avec l'eau de la même substance; les plaies se guérirent en trois semaines, et l'écoulement d'oreille cessa.

Obs. XVIII. — Un paysan à Ober-Lotha, avait depuis trois ans un ulcère scrofuleux au visage; les glandes du cou étaient devenues aussi grosses que des œufs de poule, la joue présentait un ulcère de trois pouces de large, et la moitié du nez était rongée; il s'était traité d'abord par les mercuriaux, la ciguë et autres remèdes de toutes sortes. On le lava

(1) L'eau de créosote est une solution de deux parties de créosote environ dans cent parties d'eau chaude.

avec de l'eau de créosote, on lui mit une compresse de la même liqueur, et on enduisit les bords de la plaie avec de la créosote pure. L'écoulement de sang cessa de suite, la suppuration se tarit, les glandes revinrent à leur état naturel, et la guérison ne tarda pas à s'achever.

Obs. XIX. — Un compagnon menuisier, à Raiz, avait depuis neuf mois un ulcère invétéré qui occupait toute la jambe et qui avait fait enfler le pied. Il fut lavé pendant six semaines avec de l'eau de créosote, et ce temps suffit à sa guérison complète.

Obs. XX. — Un cabaretier, à Ober-Lhota, âgé de quarante ans, avait aux talons deux trous qui s'étaient formés d'eux-mêmes, qui pénétraient jusqu'aux os et suppuraient continuellement. On humecta avec de l'eau de créosote de la charpie que l'on mit dans la plaie, et que l'on renouvela plusieurs fois par jour. La maladie fut guérie en quatorze jours.

Tumeur blanche ulcérée. — Obs. XXI. — Une servante, à Babiz, avait audessous des tubérosités du tibia une carie qui suppurait continuellement et était accompagnée d'une forte tumeur blanche du genou. L'affection datait de deux ans. La malade était amaigrie, et dans le marasme, elle avait déjà été traitée par beaucoup de médecins. On porta dans le fond de la plaie la charpie imbibée d'abord d'eau de créosote, puis de créosote pure. Le gonflement cessa, les parties malades s'exfolièrent. La jeune fille guérit, recouvra sa fraîcheur et se maria. On fit alors une expérience avec l'administration intérieure de la créosote. Une personne en santé, le médecin lui-même, avala, avec de la gomme d'abord, une goutte, puis quatre de créosote pure sans accident.

Hémoptysie. Usage interne de la créosote. — Obs. XXII. — Un ouvrier de forges, à Blansko, que l'on regardait comme atteint de phthisie pulmonaire, trainait depuis plusieurs années. C'était surtout au printemps et en automne qu'il éprouvait des accès de toux et de fièvre; il ne pouvait se coucher sur un côté; de temps à autre ses crachats étaient verdâtres, purulens, mêlés de sang. On l'avait traité d'abord par du sulfure d'or, qui ne faisait plus rien. Après qu'il eut souffert pendant six jours d'une hémoptysie, on lui donna enfin pendant quatre jours quatre à cinq gouttes de créosote avec du sucre. En vingt-quatre heures, le crachement de sang s'apaisa, la douleur de côté cessa, la respiration devint plus facile, la fièvre disparut et la guérison s'en suivit.

Obs. XXIII. — Un tailleur, à Lazaneck, malade depuis trois mois, atteint d'une hémoptysie périodique et de fièvre, ne pouvait se coucher sur un côté. Il éprouvait des douleurs dans la poitrine; ses crachats étaient purulens, jaunes-verdâtres. On le regardait comme affecté de phthisie pulmonaire. On lui donna pendant quatre jours quatre gouttes de créosote avec du sucre; l'expectoration cessa aussitôt après la première dose, et le malade guérit successivement sans employer d'autres remèdes.

Chancres, ulcères syphilitiques. — Obs. XXIV. — Une servante, à Ober-Klepaczow, était atteinte de syphilis depuis un an et demi; elle avait d'abord traité sans médecin, en secret, avec du vitriol bleu, ses chancres et ses excroissances; alors la maladie augmenta. Il lui vint des ulcères partout le corps avec sécrétion d'un ichor rongeant: d'autres considérables s'étaient répandus sur les jambes, sur le dos et jusque sur les oreilles. Elle était si fortement atteinte au cou, que sa voix était presque entièrement perdue; jamais elle n'avait pris de remèdes mercuriaux. On ne lui en donna pas non plus; mais on la lava simplement avec de l'eau de créosote; on lui mit des compresses de la même liqueur sur les ulcères les plus considérables; aussitôt le pus s'épaissit et cessa, les ulcères sèchèrent, les croûtes se détachèrent; la jeune fille recouvra la santé, et la voix reprit sa force normale. Durant sa guérison, la malade se plaignit d'une démangeaison presque insupportable sur toute la peau.

Obs. XXV. — Une servante à Ollomauczan, était depuis trois ans entachée de syphilis, et avait également essayé pendant longtemps de se guérir en secret avec du vitriol bleu; le cou portait des ulcères chancreux; au tibia droit et gauche, il existait de larges ulcères lardacés; il y avait aussi gonflement des os. On la lava avec de l'eau de créosote, puis elle se gargarisa avec la même liqueur. Sa guérison fut aussi rapide et aussi complète que la précédente.

Plaies.—Toutes les plaies faites par des couteaux, par des instrumens piquans ou par des alcalis caustiques, n'ont point suppuré lorsqu'on les a enduites de créosote : elles se sont guéries en se desséchant.

Du traitement des taies de la cornée.

Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur les ouvrages les plus complets d'ophthalmologie pour être porté à justifier l'indifférence de beaucoup de médecins, surtout dans notre pays, pour cette partie intéressante de l'art de guérir. Pour se convaincre que l'ophthalmologie, malgré son ancienneté, toute riche qu'elle est de travaux des Wenzel, Sœmmering, Langenbeck, B. Beer, William Adams, Guthrie, Weller, Scarpa et autres, sort à peine de cet état de confusion qui caractérise toute science qui vient de naître, il suffit d'examiner un instant les classifications admises dans plusieurs écoles, d'y compter les divisions et subdivisions des diverses maladies de l'œil, et le nombre d'espèces et de variétés qu'elles renferment. Ce que nous disons de cette science pourrait s'appliquer à celle qui a pour objet les maladies de la peau. Si la plupart des ouvrages qui traitent de ces deux branches de la pathologie ont fait à juste titre, sous certains rapports, la réputation de leurs auteurs, avouons qu'en général ils ont peu fait dans l'intérêt de la science appliquée, soit parce qu'ils ont rendu l'étude de ces maladies trop longue et trop compliquée pour la majorité des hommes qui pratiquent, soit parce que la partie vraiment fondamentale d'un livre de médecine, la thérapeutique, y a été sacrifiée à des descriptions plus ou moins brillantes qui coûtent peu à qui possède une plume facile et quelque imagination, et n'ont d'autre utilité que celle qui résulte de la lecture d'un roman. Nous ne dirons pas cependant que tout reste à faire sous ce rapport, car tout est fait peut-être; mais nous dirons qu'il reste encore à tirer parti de ce qui est, à tout coordonner, à tout soumettre au creuset du génie, pour ramener cet ensemble de connaissances spéciales à l'état de simplicité qui nous paraît être un des meilleurs signes du perfectionnement d'une science.

Pour ce qui a rapport en particulier aux maladies des yeux, croit-on qu'il soit bien utile d'avoir, comme on l'a fait, distingué vingt-six espèces ou sous-espèces de cataractes, d'avoir reconnu vingt-

deux sortes d'ophthalmies? Quel autre effet peut avoir ce luxe de divisions, si ce n'est d'apporter de la confusion là où la clarté serait si utile pour rendre le diagnostic plus sûr et le traitement plus simple et plus facile à appliquer?

Ce que nous disons de la cataracte et de l'ophthalmie, nous pourrions le dire de beaucoup d'autres maladies de l'œil, dont on a comme à plaisir obscurci le diagnostic et compliqué gratuitement la thérapeutique; qu'il nous suffise d'indiquer parmi ces maladies l'une des plus simples et des plus communes, l'opacité de la cornée, et de faire voir que, sous le rapport de la thérapeutique en particulier, on pourrait, en bien de cas, avec quelque avantage pour la pratique, réduire le nombre des espèces nosologiques; que, pour ce qui est notamment des taies de la cornée, la plupart des espèces et variétés que les anciens avaient reconnues ne sont d'aucune utilité pour les praticiens, et que ces lésions peuvent toutes se confondre sous la même dénomination et dans un même mode de traitement.

L'opacité générale ou locale de la cornée a reçu différens noms tirés soit de son degré d'intensité, soit de son étendue, soit de sa forme, soit de sa couleur, soit enfin des causes qui la produisent. On a appelé *nebula*, *nephelium*, l'opacité légère ressemblant à un nuage de fumée qui a envahi la plus grande partie ou la totalité de la cornée; *achlys* ou *ægis*, un nuage plus prononcé, et *leucoma*, la présence d'une tache d'un blanc mat, comme nacrée, qui a l'aspect d'une fausse membrane, mais dont les bords se confondent insensiblement avec les portions voisines de la cornée saine; et cette tache, à son tour, a été appelée obscurcissement leucomateux, leucôme crétacé, tache perlée, suivant les différens aspects qu'elle présentait.

On a nommé *albugo* une tache irrégulière, blanche, opaque, devenant par la suite comme crayeuse, plus opaque au centre que dans le reste de son étendue, mais dont la couleur, loin de se confondre avec celle de la cornée, est tranchée sur ses bords.

Mais la différence d'aspect qu'on remarque dans les diverses opacités de la cornée ne suffit pas pour justifier la distinction de ces variétés, et ces dénominations, qui sans compter qu'elles embarrassent toujours l'élève, n'auraient de l'utilité qu'autant qu'elles exprimeraient la nature de la lésion; mais elles n'ont pas même cet avantage.

Il est cependant une sorte de tache (le leucoma des auteurs) qui mérite une dénomination particulière, c'est la cicatrice de la cornée, ainsi nommée par Schmidt et Beer, et qui résulte de la perte de substance, à la suite de plaie ou d'ulcération. Cette lésion est en effet très-distincte des autres, par son aspect luisant, sa rugosité, la dépression constante qu'elle présente, de la cornée et son incurabilité.

Mais excepté cette dernière affection, tout ce qu'on appelle vulgairement taie, ou opacité, ou obscurcissement de la cornée, peut se confondre pour le praticien, puisqu'en résumé le même traitement est applicable à chacune de ces lésions, bien que, suivant la plupart des auteurs, elles n'aient pas leur siége dans les mêmes tissus; que le nuage, l'obscurcissement de la cornée occupent la conjonctive, tandis que l'albugo a son siége dans l'épaisseur de la cornée elle-même.

Les mêmes moyens, disons-nous, peuvent être employés pour tous ces divers genres d'opacité de la cornée. En effet, notre expérience, que nous n'invoquons que parce qu'elle se rapporte avec celle de tous les auteurs, nous a prouvé que chaque ordre de moyens appliqué à un degré déterminé de ces affections convenait aussi bien à l'une qu'à l'autre, et produisait les mêmes effets. Cela tient probablement à ce que le phénomène anatomique principal, l'épanchement d'un liquide lactescent plus ou moins abondant et concressible qui produit l'opacité, est le même, dans le nuage comme dans l'albugo, quoique sa diffusion ait lieu dans l'épaisseur de la conjonctive dans le premier cas, et entre les lames de la cornée dans le second. Cependant il est une circonstance où l'action de ces moyens n'a pas les mêmes résultats, c'est celle où la tache est située dans le feuillet le plus profond de la cornée; on en conçoit la raison.

Ainsi donc dans toute opacité de la cornée (ou de la conjonctive qui la recouvre), sans s'arrêter aux diverses nuances qu'elle peut présenter, et aux modifications que les auteurs se sont crus en droit de faire subir au traitement pour chacune d'elles, il suffira de recourir à l'emploi de quelques-unes des moyens suivans. Nous croyons devoir en représenter sinon la longue série, du moins un certain nombre, parce que l'opiniâtreté assez ordinaire de la maladie oblige souvent le praticien à les essayer presque tous avant de trouver celui qui doit guérir.

La plupart du temps l'opacité plus ou moins intense de la cornée accompagne ou suit un état inflammatoire de la conjonctive. Si cet état est aigu, ici comme dans toute autre circonstance, le traitement antiphlogistique doit être employé; souvent l'opacité (nuage, albugo) disparaît avec l'inflammation et spontanément au bout de quelque temps. Si au contraire l'ophthalmie est chronique, après avoir recherché si elle est spécifique, et l'avoir combattue par un traitement général et local convenable, on agit directement sur l'opacité par l'emploi des moyens que nous allons indiquer.

Ces moyens sont de deux sortes: astringens-résolutifs et excitans.

Parmi les premiers, on range l'huile d'œufs, l'huile de noix, la moelle d'os récente, le fiel de bœuf, l'extrait de ciguë ou de grande chélidoine, le carbonate de soude, le sous-borate de soude, l'aloès uni au calomel, (comme dans la préparation suivante recommandée par Scarpa: Prenez: tutie préparée, 1 gros; aloès s. p., 2 grains; calomélas, 2 grains, et axonge ou beurre frais, 1 demi-once); ou bien l'acétate de cuivre, comme dans le collyre azuré du même, composé de deux scrupules de sel ammoniac, et 4 grains d'acétate de cuivre dans 8 onces d'eau de chaux qu'on a passée au bout de vingt-quatre heures; ou bien encore, la tutie et le bol d'Arménie qui font la base du célèbre onguent de Janin, préparation qui peut tenir lieu de beaucoup d'autres qu'on a variées fort inutilement.

Parmi les médicamens stimulans dont l'emploi doit suivre les précédens, ou doit être immédiat si la maladie est ancienne, on préfère ceux-ci: les huiles rances, le sel ammoniac, l'alun, le sulfate de zinc, l'hydrochlorate de soude, le laudanum de Sydenham, le précipité rouge, la soude caustique, le nitrate d'argent fondu.

Les taches de la cornée étant très-souvent rebelles, leur traitement peut être très-long; il est bon d'avoir à leur opposer diverses préparations plus ou moins actives, aussi croyons-nous nécessaire de rappeler ici quelques-unes des formules de quelques praticiens célèbres, anciens et modernes.

Prenez : Sel volatil de corne de cerf (sous-carbonate d'ammoniaque). 12 gr.
Fiel de bœuf. 1 gros.
Miel purifié. 3 gros.

Mêler ; en toucher les taies plusieurs fois par jour. (Richter.)

Potasse caustique. 12 gr.
Huile de noix. 1/2 once.

Mêler ; en appliquer plusieurs fois par jour une certaine quantité sur l'œil à l'aide d'un pinceau. (Maître Jan.)

Aloès succotrin. 4 gr.
Sucre blanc. 1 gros.

Mêler ; faire une poudre très-fine dont on introduit une certaine quantité entre les paupières. (Boerhaave.)

Borax de Venise. 1 gros.
Alcoolat de limaille d'étain. 1/2 scrup.
Sucre blanc. 2 gros.

Mêler ; faire une poudre fine. (Richter.)

Vin stibié. 1/2 once.
Laudanum de Sydenham. 1 gros.
Teinture d'aloès. 1/2 gros.

Mêler ; une goutte sur les taies trois fois par jour. (Weller.)

Deuto-chlorure de mercure. 1 gr.
Opium purifié. 8 gr.
Faire dissoudre dans eau de roses. 2 onces.

(Beer.)

Tutie préparée.
Sucre candi. } De chaque part. égale.
Calomel à la vapeur.

Insufler soir et matin à l'aide d'un tuyau de plume une pincée de cette poudre au-devant de l'œil, les paupières écartées.

(Dupuytren.)

Os de seiche réduit en poudre très-fine. 1 scrup.
Sucre en poudre. 1/2 gros.

Fiel de brochet q. s. pour faire une pommade qu'on applique sur les taies de la cornée à l'aide d'un pinceau. (Græfe.)

Deutoxide de mercure 3 à 5 gr.
Laudanum liq. 1/2 gros.
Axonge. 1 gros.

Mêler ; en appliquer une ou deux fois par jour sur la cornée une quantité égale au volume d'une petite épingle. (Weller.)

Ce n'est que contre les taies anciennes, épaisses et rebelles, qu'on doit se servir de caustiques proprement dits. Le nitrate d'argent fondu est un des plus commodes ; mais il doit, comme les autres, être employé avec précaution (1). Quand on fait usage de ces médicamens, il faut toujours avoir un peu d'eau à sa disposition, afin de pouvoir déterger la surface de l'œil aussitôt après l'opération, et empêcher que la cornée ne soit corrodée plus profondément qu'il ne faut. Quand on veut employer la potasse caustique, sa proportion ne doit pas dépasser celle de cinq grains pour trois gros d'eau distillée.

A moins qu'une taie ne soit très-ancienne, qu'elle n'existe dans les feuillets les plus internes de la cornée, elle doit céder à quelqu'un de ces moyens ; mais ce peut être au bout d'un temps très-long : aussi le chirurgien doit-il persévérer, varier ses moyens, et augmenter les doses des substances qu'il emploie. Nulle opération n'est indiquée pour guérir les taies de la cornée, excepté dans le cas assez fréquent où l'opacité de cette membrane ou de la conjonctive est compliquée du développement variqueux des ramifications veineuses de ces membranes ; mais alors on n'a plus affaire à la maladie simple dont nous nous occupons, mais à une nouvelle affection, à un *pannus* qui nécessite l'emploi de l'instrument tranchant, lorsque les applications résolutives n'ont pu le faire disparaître.

A. Tavernier.

(1) Voyez pour la cautérisation de la cornée, *Bull. de Thérap.*, t. I, p. 188 et 191.

ACCOUCHEMENS.

Est-il permis de provoquer l'accouchement avant le terme que la nature assigne à la grossesse ?

Tel est le sujet, sinon le titre, d'un mémoire fort intéressant que M. Stolz, agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg, élève particulier de M. Flamant, vient de lire devant l'académie royale de médecine.

La question, comme on le voit, et des plus importantes, sous le double rapport de la médecine légale et de l'art des accouchemens. Elle peut être élevée dans des circonstances, à la vérité, mal déterminées ; mais il en est une précise : c'est l'étroitesse du bassin de la femme qui rend l'accouchement naturel impossible. Tel est aussi le cas où se place M. Stolz.

Le mémoire de cet accoucheur se compose de deux parties : l'une toute historique, où il interroge les divers accoucheurs les plus célèbres, qui tous lui font la même réponse ; tous condamnent la provocation de l'accouchement avant terme. Il rappelle non-seulement le sentiment de plusieurs membres de l'académie, mais encore celui de l'académie tout entière. Je me rappelle en effet, bien clairement, qu'en 1827, un médecin, M. Costa, lui communiqua l'observation d'une femme enceinte et atteinte d'un anévrysme de cœur qui semblait la menacer d'une suffocation prochaine. Par événement, elle accoucha à 7 mois et demi, et dut très-probablement son salut à sa délivrance. A ce propos, M. Costa demandait s'il n'est pas des circonstances où il conviendrait de provoquer l'accouchement, telle serait notamment celle où la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace la vie de la mère et du fétus. Une commission fut nommée, selon l'usage, pour examiner cette grave question, et préparer la réponse ; elle répondit d'une voix unanime que rien ne saurait justifier une pareille pratique, ni le rétrécissement du bassin, ni le développement des convulsions, ni l'implantation du placenta sur l'orifice utérin : elle répondit qu'il n'y avait pas de moyen pour s'assurer positivement

de la viabilité du fétus et que le plus souvent les accouchemens provoqués étaient funestes à la mère et à l'enfant.

Tel est l'état de la science. M. Stolz croit qu'elle est trop timide, et à l'appui de son sentiment, il rapporte le fait suivant :

La fille P., de Strasbourg, âgée de 29 ans, rachitique, contrefaite, en était à sa troisième grossesse. Les deux premières couches avaient été des plus laborieuses, tellement que, pour la délivrer, des accoucheurs habiles se virent obligés de perforer le crâne du fétus. Enceinte pour la troisième fois, elle s'adressa à M. Stolz, pour savoir de lui s'il ne serait pas possible de la faire accoucher d'un enfant vivant, car elle désirait beaucoup d'avoir un enfant.

La taille de cette femme est de quatre pouces; elle a une double courbure de la colonne vertébrale, la première à droite et la seconde à gauche. La hanche droite est plus élevée que celle du côté opposé ; elle a les jambes arquées, les muscles chancelans. Le bassin, mesuré extérieurement avec le compas d'épaisseur de Beaudelocque, présente les dimensions suivantes : d'un trochanter à l'autre 12 pouc., 6 lig.; d'une épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté à l'autre 10 pouc.; de la base du sacrum au pubis 5 pouc. 6 lig. En portant le doigt dans le vagin, et suivant la direction du diamètre antéro-postérieur, on arrive facilement à l'angle sacro-vertébral.

Convaincu de l'impossibilité d'un accouchement naturel, M. Stolz se décida à provoquer la délivrance. Prenant pour point de départ le jour indiqué par la fille P., comme étant celui de la conception, il choisit le 27 septembre pour procéder à l'opération : La grossesse était au 232e jour, ou à la 33e semaine (8e mois).

Le 27, à 10 heures du matin, il fit coucher la femme en travers sur le lit : il introduisit l'indicateur et le medius de la main gauche dans le vagin jusqu'au col de la matrice, et fit glisser entre les deux doigts une éponge préparée à la ficelle, longue de deux pouces moins un quart, épaisse de dix lignes à sa base, arrondie à son sommet, enduite de cérat et saisie avec une pince à polype courbe. Elle fut conduite doucement jusqu'à l'orifice externe dans lequel l'extrémité s'engagea. On retira ensuite la pince, on saisit l'éponge avec les deux doigts de la main gauche, et on la poussa lentement et progressivement jusqu'à sa base dans le col. Elle fut maintenue un moment en place pour l'empêcher de descendre, puis on introduisit dans le vagin une éponge ordinaire d'une figure ovalaire et du volume d'un œuf de dinde. A chaque éponge était attaché un petit ruban pour en faciliter l'extraction. L'introduction de l'éponge préparée dans le col causa peu de douleurs.

Cette opération terminée, la femme fut couchée horizontalement, le bassin un peu élevé. Les douleurs commencèrent à se faire sentir à une heure, elles durèrent toute la journée et toute la nuit. Le 28, elles étaient moins fréquentes. A 9 heures on retira les éponges, non sans peine. Le col était presque entièrement effacé. M. Stolz décolla les membranes avec un doigt engagé entr'elles et le segment inférieur. Cette manœuvre excita des contractions énergiques. Il sentit la face à 11 heures, le crâne était au détroit supérieur.

Cependant les douleurs se calmaient; on les réveilla par l'introduction d'une seconde éponge plus longue et plus volumineuse que la première, 2 pouces 6 lignes de long sur 7 d'épaisseur à sa base.

Le 30, on retira cette nouvelle éponge, laquelle avait rompu les membranes en se dilatant; mais la tête n'avançait pas; elle restait toujours dans la même position. Je me disposais, dit M. Stolz, à appliquer le forceps, mais en introduisant ma main dans la matrice, je sentis la tête avancer, et je prévis que l'accouchement se ferait spontanément dans une heure ; il en était six.

En effet, il eut lieu à 7 heures moins un quart. L'enfant, du sexe féminin, respira, et jeta bientôt des cris. Quoique petit, il était potelé et bien nourri ; il avait 16 pouces 6 lignes en hauteur.

Cinq minutes après la sortie du fœtus, la délivrance se fit naturellement.

Six jours après ses couches, la mère se leva; quinze jours après elle fit sa première sortie.

Mais j'ai oublié de dire qu'elle toussait, et qu'elle avait craché le sang. Forcée de sevrer son enfant, celui-ci maigrit, dépérit et succomba le 6 janvier, à l'âge de 3 mois et 7 jours. Elle-même alla mourir de phthisie à l'hôpital le 28 mai, 8 mois après ses couches.

Le bassin examiné, on constata que le diamètre antéro-postérieur avait 3 pouc. 5 lig.; le transversal 5 pouc. 7 lig.; la hauteur de la symphise pubienne 1 pouc. 3 lig. Par où l'on voit que le détroit supérieur était tellement rétréci dans ses dimensions antéro-postérieures qu'il n'eût jamais pu livrer passage à un fétus à terme, quand même la tête aurait été comprimée.

Il est inutile de dire que ce mémoire a excité le plus vif intérêt. Le résultat de l'opération pourrait être plus heureux, et l'opérateur l'eût mérité; mais la mère et l'enfant ont survécu assez longtemps pour justifier la pratique de M. Stoltz et pour établir ce nouveau précepte, qu'il est des cas où l'on est autorisé à provoquer l'accouchement avant le terme ordinaire de la grossesse.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la créosote et de sa préparation,

par M. A. G. Vallet.

La créosote est une substance nouvelle, trouvée d'abord dans l'acide pyroligneux, puis dans tous les goudrons, par M. Reichenbach. C'est aux travaux de ce chimiste, sur la distillation sèche des corps organiques, que nous sommes encore redevables de la découverte de la paraffine, de l'eupione et du picamare : mais la créosote nous offre un bien autre intérêt que ces derniers corps, sous le rapport de ses propriétés chimiques et des heureuses applications que l'on pourrait en faire dans la thérapeutique, dans l'économie domestique, et pour les voyages de long cours.

Cette substance est un liquide huileux, incolore, transparent, jouissant d'une grande réfrangibilité : son odeur est pénétrante, désagréable, rappelant celle de la viande fumée. Sa saveur est brûlante et très-caustique; sa consistance est celle de l'huile d'amandes; sa pesanteur spécifique est de 1.037, sous une pression atmosphérique de 0,722m, et à 20°

Cels. (1); elle bout à 203° Cels, et n'est pas encore congelée à un froid de—27° Cels; elle brûle avec une flamme fortement fuligineuse.

Elle n'est pas conductrice de l'électricité.

Elle forme à 20° avec l'eau deux combinaisons différentes : l'une est une solution d'une partie et un quart de créosote dans 100 parties d'eau ; l'autre au contraire, est une solution de 10 parties d'eau dans 100 de créosote.

La solution aqueuse de cette substance ne change la couleur ni du tournesol, ni du curcuma, et n'est neutralisée ni par les acides, ni par les alcalis; elle forme pourtant de nombreux et intéressans composés avec ces deux classes de corps.

De tous les acides organiques, c'est l'acide acétique qui montre le plus d'affinité pour la créosote ; ces deux corps se dissolvent mutuellement dans toutes les proportions : l'acide acétique semble être le dissolvant spécial de la créosote.

Cette substance forme à froid deux combinaisons avec la potasse ; l'une est anhydre, liquide, de consistance huileuse ; l'autre, hydratée, cristallisée en paillettes blanches nacrées. Les acides, l'acide carbonique même, séparent le créosote de ces combinaisons sans qu'elle soit altérée : elle se comporte de même avec la soude.

De toutes les substances organiques, ce sont les résines, les principes colorans résineux, et autres corps semblables, qui sont le plus vivement attaqués par la créosote ; elle les décompose même à à froid, ou bien les dissout en totalité ; elle forme froid une solution rouge jaunâtre avec la cochenille, rouge foncée avec le sang-dragon, rouge avec le santal rouge, jaune pâle avec le santal citrin, pourpre foncée avec l'orseille, jaune avec la garance, jaune d'or avec le safran : mise en contact avec l'indigo, elle dissout, mais à chaud la matière colorante qui s'en précipite par l'addition de l'alcool et de l'eau. La créosote dissout à peine le caoutchou à l'aide de l'ébullition, bien différente en cela de l'empione, qui attaque ce dernier corps avec tant de facilité.

Les propriétés de la créosote qu'il me reste à exposer, sont sans contredit les plus intéressantes. Aussitôt qu'elle est en contact avec le blanc d'œuf, celui-ci se coagule ; si dans une solution aqueuse et étendue de ce dernier corps on verse une seule goutte de créosote, elle est de suite enveloppée par des pellicules blanches d'albumine coagulée.

Lorsqu'on met de la viande fraiche dans une solution de créosote, qu'on la retire au bout d'une demi-heure ou d'une heure, et qu'on la fait sécher, on peut l'exposer à la chaleur du soleil sans qu'elle entre en putréfaction ; elle se durcit dans l'espace de huit jours, prend une odeur agréable de bonne viande fumée, et la couleur passe au rouge brun.

On peut conserver des poissons par le même moyen : or, comme l'acide pyroligneux et l'eau de goudron produisent le même effet, il n'est pas douteux que la créosote ne soit le principe conservateur anti-putride de ces liquides ainsi que de la fumée.

Curieux de connaître comment agit la créosote dans ces circonstances, et présumant que c'était sur le sang que la réaction avait lieu, M. Reichenbach a mis successivement la créosote en contact avec le sérum, le caillot, la matière colorante et la fibrine pure, et il a conclu de ses expériences que la créosote coagule l'albumine du sang, que cette coagulation a lieu sur-le-champ, lorsque les deux liquides sont concentrés, qu'elle ne se fait que peu à peu si l'un ou l'autre est étendu ; que la fibrine bien isolée des autres principes n'est pas attaquée par la créosote. Or, l'on sait que l'albumine, dès qu'elle est coagulée, ne se putréfie plus, et la fibre musculaire ne paraît pas par elle-même susceptible d'entrer en putréfaction. C'est en raison de cette propriété conservatrice que M. Reichenbach a donné à la nouvelle substance le nom de créosote (de Κρέας, génitif, par contraction, κρέως, chair, et de σῴζω, je sauve je conserve).

L'action de la créosote sur l'économie animale est délétère. Mise sur la langue, elle occasione une violente douleur. Lorsqu'on verse de cette substance concentrée sur la peau, elle détruit l'épiderme : des insectes et des poissons jetés dans une solution de créosote ne tardèrent pas à y périr; les plantes meurent aussi lorsqu'on les arrose avec cette solution. Cette action vénéneuse est probablement due à la même propriété qui rend la créosote apte à préserver la chair morte de la putréfaction, celle de coaguler l'albumine.

Les médecins connaissent les propriétés médicales du goudron, de l'acide pyroligneux, de l'huile animale de Dippel, de l'eau empyreumatique, dont la découverte est plus récente, et que l'on prépare en ajoutant à chaud de la craie à de l'acide piroligneux ordinaire jusqu'à cessation de l'effervescence, et retirant par la distillation un peu plus de la moitié de la liqueur. Cette eau surtout aurait déjà, dit-on, produit les plus heureux effets dans le traitement des cancers et des gangrènes. M. Reichenbach s'est assuré que c'est à la créosote que ces préparations doivent leurs propriétés.

Ce qui précède démontre à combien d'usages cette substance est applicable. Il serait seulement à désirer que l'on pût simplifier la préparation, qui est longue et difficile. Deux procédés ont été indiqués, l'un pour retirer la créosote de l'acide pyroligneux, l'autre pour l'extraire du goudron; je ne décrirai que le premier, attendu que le goudron fournit une plus grande quantité de cette substance et que l'extraction en est plus facile. Ces deux procédés ne diffèrent d'ailleurs entre eux que dans les premiers temps de l'opération.

On distille dans des cornues de fonte le goudron provenant de la distillation sèche des corps organiques, du bois de hêtre par exemple, jusqu'à ce que le résidu ait la consistance de la poix noire. Il est bon de cesser la distillation plus tôt que plus tard, parce qu'autrement le résidu, en se carbonisant de nouveau, introduirait dans le liquide distillé des produits empyreumatiques, de même nature que ceux dont on voulait justement se débarrasser par cette première distillation. La liqueur recueillie dans les récipiens contient de l'huile et de l'eau acide empyreumatique; on rejette cette dernière.

L'huile nommée huile de goudron est alors versée dans des cornues en verre et rectifiée; on a également soin de ne pas pousser la distillation jusqu'à siccité, et de rejeter l'eau acide reçue de nouveau dans les récipiens.

Dans ces deux distillations, l'huile de goudron, qui distille d'abord à une faible température, est légère, bien que d'une manière inégale, mais sa pesanteur augmente avec la chaleur; on fait attention à l'époque à laquelle l'huile gagne d'elle-même

(1) Le thermomètre de Celsius est le même que le thermomètre centigrade.

le fond de l'eau ; toute celle qui surnage encore ce liquide est pauvre en créosote ; elle est formée en grande partie d'eupione et de différentes substances plus légères qui altèrent la pureté de la créosote ; cette couche supérieure doit donc être rejetée. Dans cet état, l'huile de goudron est d'un jaune pâle, plus pesante que l'eau ; elle brunit à l'air ; son odeur est désagréable ; sa saveur est acide, caustique, douce et amère tout à la fois ; on la chauffe et on ajoute du carbonate de potasse jusqu'à ce qu'en agitant il ne se dégage plus d'acide carbonique ; on la décante pour la séparer de la solution d'acétate de potasse qui s'est formée, et on la distille de nouveau dans une cornue de verre. La distillation n'est pas poussée jusqu'à siccité, et tous les premiers produits qui surnagent sur l'eau sont rejetés.

On fait alors dissoudre l'huile dans une solution de potasse caustique d'une pesanteur spécifique de 1,12, il se développe beaucoup de chaleur ; une portion formée d'eupione, etc., ne se dissout pas : elle vient nager à la surface, et on l'enlève. On verse la solution alcaline dans une capsule ouverte, et on la porte lentement à l'ébullition. Elle absorbe avec avidité une grande quantité d'oxigène de l'air : un principe oxidable particulier qui s'y trouve mélangé est décomposé en grande partie par cette absorption, et alors le mélange brunit. Après le refroidissement, qu'on laisse également se faire à l'air libre, on y ajoute de l'acide sulfurique étendu, jusqu'à ce que l'huile soit mise en liberté.

On la distille, mais avec de l'eau à laquelle on ajoute quelque peu de potasse caustique. Comme l'eau dissout une partie de la créosote, cela nécessite, pour éviter une plus grande perte, de cohober de temps à autre l'eau passée à la distillation. On entretient l'eau dans une forte ébullition ; néanmoins le travail n'avance que lentement, parce que la tension de la créosote n'est pas encore grande, même à 100° c. ; mais il arrive une époque à laquelle, bien qu'on voie encore beaucoup d'huile dans la cornue, la quantité d'huile qui passe à la distillation diminue beaucoup, et l'augmentation du feu n'avance pas l'opération ; c'est le moment d'interrompre la distillation. Le résidu contient du picamare, une petite quantité d'une combinaison de ce corps avec la potasse, du sulfate de potasse, un peu d'acétate de la même base et le principe brun.

On sépare l'huile du récipient de l'eau qui est passée avec elle à la distillation, et on la dissout une seconde fois dans une solution de potasse d'une pesanteur spécifique de 1,12. Il reste de nouveau une quantité notable d'huile légère qui ne se dissout pas, qui est encore formée d'eupione, etc., et que l'on rejette. On fait encore chauffer lentement le mélange jusqu'à l'ébullition et à l'air libre, et on le laisse refroidir peu à peu ; il s'est de nouveau bruni, mais beaucoup moins. On y ajoute encore de l'acide sulfurique ; on a soin cette fois d'en verser un léger excès, pour que l'huile elle-même en absorbe une petite quantité ; et puis on lave plusieurs fois cette dernière avec de l'eau froide jusqu'à ce qu'elle ne soit plus acide.

On réitère la distillation avec de l'eau à laquelle on ajoute cette fois, non plus de la potasse, mais un peu d'acide phosphorique pour enlever un peu d'ammoniaque que l'huile retient encore.

Ensuite on procède à la troisième dissolution de l'huile dans la potasse caustique. Si les précautions indiquées ont été bien observées, ces deux corps se combinent alors sans laisser le résidu d'eupione, et le mélange, chauffé au contact de l'air, ne brunit plus : il prend seulement une teinte légèrement rougeâtre ; il est clair toutefois que, s'il y avait encore séparation d'eupione et coloration en brun de la solution alcaline, il faudrait répéter un nombre de fois suffisant la dissolution dans la potasse.

La créosote de la dernière distillation n'est pas encore complètement pure, mais on peut l'employer ainsi pour l'usage médical. Voici comment on achève de la purifier : il faut d'abord la distiller avec de l'eau sans aucune addition, puis rectifier seul le produit de cette distillation, qui n'est plus qu'hydraté ; il passe d'abord beaucoup d'eau dans le récipient lorsque la chaleur n'est pas encore élevée ; sa quantité diminue peu à peu, puis elle cesse tout-à-fait ; il distille en même temps un peu de créosote : tous ces premiers produits doivent être rejetés, et il ne faut recueillir la créosote que lorsque non-seulement elle distille sans eau, mais encore que la chaleur est élevée à 203° c. On pourrait perfectionner ce dernier travail en rectifiant encore une fois le produit de la distillation, et faisant passer les vapeurs au travers du chlorure de calcium.

Note sur l'alcool synapique Par M. Fauré, pharmacien à Bordeaux.

Les bons résultats qu'obtinrent l'an dernier, dans le traitement du choléra, plusieurs praticiens de Bordeaux, de l'emploi de l'alcool sinapique, m'engagent à rappeler aujourd'hui, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, les effets prompts, actifs et constans qu'on obtient de ce médicament, toutes les fois qu'on veut ramener à la périphérie la chaleur et la sensibilité. L'avantage de ce révulsif sur les autres stimulans énergiques, consiste en ce que l'on peut arrêter instantanément son effet, lorsque l'on juge la réaction suffisante. Voici la composition :

Prenez : Huile volatile de moutarde. 12 grammes.
Alcool à 25 degrés (Baumé). 250 grammes.
Mêler et conserver dans un flacon bouché (1).

Cette liqueur produit sur la peau une vive chaleur et une grande irritation ; il suffit d'appliquer sur la partie un morceau de flanelle ou de linge qui en soit imbibé, et qu'on humectera de nouveau deux ou trois minutes après, s'il en était besoin : les picotemens que cette application produit sont d'autant plus sensibles qu'ils ont lieu plus promptement. La rougeur de la peau en est la suite, et elle amène même des ampoules et des phlyctènes.

Pour faire cesser presque subitement la douleur occasionée par l'effet de ce révulsif, il suffit de verser à deux ou trois reprises quelques gouttes d'éther sulfurique sur l'étendue de la surface irritée.

Fauré.

Sirop de café. — M. Ferrari vient de publier la formule suivante d'un sirop de café :

Prenez : Café du Levant torréfié. 4 onces.
Eau. 2 liv.
Sucre raffiné. 3 liv.

(1) Peu de temps après le mélange, il se dépose une assez grande quantité de soufre, en cristaux brillans très-menus. L'action du médicament ne paraît pas émoussée par cette séparation.

Dans un vase fermé pendant six heures on fait infuser le café avec une livre et demie d'eau froide; en le débouchant un peu on place ensuite le vase au bain-marie; quand l'eau du bain-marie bout, on en retire le vase; on laisse déposer, on décante, et l'on verse sur le résidu les six onces d'eau restantes. Au bout de quelques heures on décante, et l'on mêle les liqueurs que l'on verse peu à peu sur le sucre; on fait dissoudre au bain-marie, et l'on passe à la chausse. La dose de ce sirop est de demi-once à une once, et même davantage, dans une quantité suffisante de véhicule.

Nouveau Moxa. — M. Ferrari propose, pour faire de nouveaux moxas, de tremper du coton dans une solution saturée de chlorate de potasse, de lui donner ensuite la forme de petits cônes, que l'on fait plus ou moins gros, plus ou moins compactes. Ces moxas sont beaucoup plus actifs que ceux que l'on connaît.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveaux faits en faveur de l'ergot de seigle dans les accouchemens par inertie de l'utérus.

Monsieur le rédacteur, depuis huit années que j'exerce l'art des accouchemens, je n'avais jamais employé le seigle ergoté, vu le discrédit qu'avait jeté sur cette substance quelques médecins célèbres, et surtout un illustre nom, feu M. Chaussier. Mais depuis mon abonnement à votre journal, bien utile aux praticiens de province, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'expérimenter ce moyen obstétrical. D'abord, citons des faits; car c'est en médecine surtout qu'ils doivent parler.

Premier cas. — Madame Queval, de la commune d'Étaimpuits, jeune primipare, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 22 juin au soir 1833. Arrivé auprès de cette dame, je trouvai le col utérin souple et dilaté, de la grandeur d'une pièce de 5 à 6 francs. La tête se présentait dans la position occipito-cotyloïdienne droite, et les contractions utérines avaient lieu toutes les dix à douze minutes, mais faibles. Je demandai à me coucher, prévoyant un accouchement lent. La nuit se passa sans que l'on me réclamât. Le lendemain, je touchai de nouveau cette dame, et je retournai chez moi, la rassurant et lui déclarant qu'elle n'accoucherait probablement que dans la nuit suivante. Je retournai la visiter à midi : les douleurs étaient plus fréquentes, plus fortes et le travail plus avancé; mais les contractions étaient toujours insuffisantes pour opérer la sortie de l'enfant. Tout se passa ainsi jusqu'à sept heures du soir, où je proposai l'application du forceps, qui fut acceptée. La branche mâle fut facilement introduite; mais il me fut impossible de faire glisser l'autre entre la fosse iliaque droite et la tête de l'enfant, sans contusionner dangereusement celle-ci, et d'ailleurs sans fatiguer la mère. Je résolus de temporiser quelques heures, vu que rien ne pressait. J'envoyai chercher un demi-gros de poudre d'ergot. A neuf heures, madame en prit douze grains, et dix à douze minutes après, les contractions utérines commencèrent fortes et continuelles; à neuf heures et demie, autres douze grains furent donnés. L'effet de cette substance fut si prompt et si efficace, qu'à dix heures madame était accouchée d'un garçon gros, robuste et bien portant.

Deuxième cas. — Ergotisme. — Madame Trouvé, de la commune de Fresnay-le-Long, me fit appeler le 3 août dernier vers les trois heures du matin. Le col de la matrice était amplement dilaté; l'enfant offrait la position première de la tête (occipito-colytoïdienne), et tout annonçait une délivrance prompte. Cependant pendant deux heures l'accouchement n'avançait point. Heureusement je m'étais muni d'un scrupule de poudre d'ergot, et j'engageai madame Trouvé à en prendre environ dix-huit grains. Au bout d'un quart d'heure, les contractions étaient fortes et fréquentes; mais tout à coup cette dame se plaignit de vertiges; elle ne voyait plus. Un fourmillement et un engourdissement saisirent les extrémités supérieures et inférieures, et les bras tombaient, comme s'ils eussent été paralysés. La circulation et la respiration ne me parurent aucunement troublées. Cet état dura une demi-heure environ, après quoi tous ces phénomènes disparurent. Bientôt madame me fit signe de l'aider, et il était temps, car la tête de l'enfant franchissait la vulve. Ici, l'enfant fut expulsé par les seules contractions de l'utérus, cette dame m'assurant qu'elle ne pouvait s'aider de la contraction des muscles abdominaux. L'enfant était du sexe masculin, fort et bien portant. Je quittai cette dame que je trouvai le lendemain levée et soignant elle-même son enfant (grande imprudence, mais que l'on ne peut empêcher chez bien des femmes de la campagne).

Dans plusieurs autres cas, où la lenteur de l'accouchement me paraissait évidemment due à l'inertie de la matrice, j'ai fait prendre le seigle ergoté, et jusqu'alors l'enfant a toujours été expulsé en moins d'une heure, à partir du moment de la dernière prise. Je le donne à la dose de un scrupule en deux prises, à demi-heure l'une de l'autre. Souvent douze grains suffisent; d'autres fois la deuxième prise a été nécessaire.

C'est un fait à remarquer que l'ergot de seigle, qui semble paralyser le système musculaire de la vie animale, dit Bichat, ici paraît exciter au contraire l'organe utérin, qui appartient à la vie organique. Quelle est la cause de cette différence d'agir sur l'un et l'autre système?

Je vous communiquerai mes nouvelles expériences sur l'action du seigle ergoté.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Alph. Gueroult, D.-M.,
A Bosclehard (Seine-Inférieure).

VARIÉTÉS.

État du choléra-morbus à Paris.

Nous n'avons que des détails rassurans à fournir sur la marche du choléra; il n'a point pris et ne prendra point, il y a tout lieu de le penser, l'extension que l'on pouvait redouter au commencement de la recrudescence. Le nombre des cas diminue même sensiblement depuis quelques jours, et l'Hôtel-Dieu n'a point eu de nouveaux malades ni de décès hier 13, ni aujourd'hui 14.

L'épidémie ne s'est concentrée dans aucun quartier de la capitale. Les cas de choléra sont semés çà et là dans la ville, les faubourgs et la banlieue : ils sont graves le plus souvent, et la plupart des malades présentent tous les symptômes effrayans du

choléra asiatique ; les morts les plus rapides s'observent comme en 1832 ; nous pourrions en citer un grand nombre qui ont eu lieu en six, dix et vingt heures.

Cependant, nous le répétons, nous sommes à peu près rassurés sur les suites de cette recrudescence. Il y a eu de la gravité dans les atteintes, mais la marche de la maladie n'a point été progressive. Le nombre des décès s'est tenu constamment entre 8 et 12 par jour.

Qui ne sait d'ailleurs que le choléra n'a jamais quitté la capitale et que de loin en loin une victime venait attester sa présence ! D'après un relevé fait par l'administration, on voit que le nombre des cholériques morts à Paris depuis le 1er janvier jusqu'au 19 septembre s'élève à 14.

Du 19 septembre au 8 octobre, il a été reçu 231 cholériques dans les divers hôpitaux de Paris, et il y a eu 93 décès. Ils ont été répartis de la manière suivante : Hôtel-Dieu, 126 cholériques, 52 décès. — Pitié, 17 ch., 3 d. — Beaujon, 22 ch., 11 d. — Charité, 23 ch., 10 d. — Saint-Antoine, 5 ch., o d. — Necker, 16 ch., 8 d. — Vénériens, 1 ch., 1 d. — Cochin, 2 ch., 1 d. — Saint-Louis, 11 ch., 3. d. — Accouchemens, 1 ch., 1 d. — Maison de santé, 2 ch., 1 d. — Enfans-Malades, 7 ch., 5 d. — Vieillesse (femmes), 2 ch., o d. — Ménages, 1 ch. o d.

Le 10 octobre le nombre des malades s'est élevé à 270, dont 154 hommes et 122 femmes. Sur ce nombre, 113 ont succombé, dont 55 hommes et 58 femmes ; 57 sont guéris, dont 36 hommes et 21 femmes ; et, à cette époque, 106 restaient en traitement, 63 hom. et 43 femmes.

Le total général des décès cholériques dans la ville et dans les hôpitaux, depuis le 19 novembre jusqu'au 10 octobre, s'élève à 294 : ce qui indique qu'il y a eu 181 décès à domicile.

Si, pour apprécier le nombre des cholériques qu'il y a eu dans la capitale depuis le 19 septembre, nous prenons pour base les admissions et la mortalité qui ont été observées dans les hôpitaux, nous trouvons qu'il doit s'élever aujourd'hui à plus de 800.

L'administration a pris ses précautions pour obvier, s'il y a lieu, à l'encombrement des hôpitaux. Le grenier d'abondance, désigné sous le nom d'hospice de la Réserve, a été ouvert, et le service médical y est complétement organisé ; il a été confié à MM. Blanc, Ferrus, Huet Després, Piedagnel, Prus et Sanson jeune ; il y a là 200 lits tout prêts qui n'ont point encore reçu un seul malade. Outre l'hospice de la Réserve, d'autres établissemens recevront des cholériques ; 40 lits sont disposés pour eux à l'hospice des Ménages ; 70 aux Incurables-hommes ; et 80 aux Incurables-femmes.

Il nous est permis d'espérer que ces mesures de prudence ne seront point nécessaires.

— Choléra en Espagne. — Les lettres de Madrid du 11 de ce mois annonçaient l'apparition du choléra dans cette ville. Les nouvelles de Séville sont encore plus positives. Le 4, il y était mort 26 personnes, et le 5, 53. La maladie fait surtout de grands ravages dans le faubourg de Triana, presque entièrement peuplé de bohémiens. Toutes les autorités ont quitté la ville. Les troupes forment un cordon sanitaire qui ne laisse passer ni voyageurs, ni lettres, pas mêmes les rapports de la junte de santé, et le peuple de Séville est livré à lui-même, sans commandant, sans magistrats, sans force publique. On aurait eu peine à croire à de semblables nouvelles, si elles venaient de tout autre pays que l'Espagne.

Ce fléau s'est aussi manifesté à Cordoue, Grenade, Malaga, et plusieurs villes moins importantes. On assure aussi qu'il a paru en Estramadure.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Exposé succinct de la doctrine homœopathique du docteur Samuel Hahnemann.

(Deuxième article.)

« L'homœopathie, ce don précieux de la Divinité. (*S. Hahnemann.*)

Dans un précédent article nous avons essayé d'exposer les bases de la doctrine homœpathique avec autant de clarté que le permettaient le sujet et le langage demi-tudesque que, pour plus de fidélité, nous avons été obligés d'emprunter à l'auteur. Nous continuerons aujourd'hui en donnant le résumé des principes de pathologie tracés par Hahnemann, dans son Organon de l'art de guérir.

On a vu que les médecins homœopathes ou homœopathistes, comme on le préférera, négligeant de rechercher les causes premières des maladies, dédaignant d'expliquer, si l'on peut parler ainsi, le mécanisme de leur formation et de leur développement, la nature de la lésion organique qui se traduit à l'extérieur par des phénomènes sensibles appelés symptômes, ne reconnaissent et n'étudient dans toute maladie que ces phénomènes extérieurs. Ils disent qu'en attaquant directement les groupes de symptômes qui forment autant de cas pathologiques indépendans et distincts, on fait disparaître la lésion organique, dont ils sont inséparables. Ils ajoutent que le remède le plus propre à remplir cette indication est celui que l'expérience a signalé comme déterminant chez l'homme sain des symptômes analogues ; et que l'action favorable des médicamens est en raison directe de l'exiguité de leur dose, ou plutôt de leur degré d'atténuation, attendu, d'une part, que la maladie a pour effet d'exalter la sensibilité de l'organe qui en est le siège, et de le rendre plus propre à recevoir l'impression des agens médicamenteux, et de l'autre, que le frottement réitéré que subissent pendant l'opération les molécules du médicament y développe des vertus dynamiques qu'elles n'offraient pas avant les nombreuses dilutions qu'on leur a fait subir.

Tout bizarres que puissent paraître ces principes aux médecins, de quelque école qu'ils soient, qui n'ont pas l'heureux privilége d'être convertis à l'homœopathisme, ils ne sont pourtant pas plus éloignés des idées généralement admises, nous dirions même du bon sens médical, que ceux qui sont relatifs à la nature, à la distinction des maladies. En lisant le développement de cette théorie de la nature des maladies, nous nous sommes plus d'une fois demandé de quelle utilité elle pouvait être pour l'homœopathiste, puisqu'il ne doit y avoir pour lui en médecine que des symptômes à attaquer par des remèdes capables de produire des symptômes semblables, quelle que soit, du reste, leur diversité ; nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas inconsé-

quence, contradiction, de la part de l'auteur, à s'occuper aussi sérieusement, aussi longuement à rechercher, à démontrer l'existence de miasmes chroniques, générateurs de maladies, lorsqu'il déclare à plusieurs reprises dans ses ouvrages, que toutes les causes internes, tous les caractères internes qu'on serait tenté d'assigner aux maladies sont autant de vains songes, et que le médecin n'a d'autre chose à guérir que les seules altérations du rhythme normal, qui sont appréciables aux sens, c'est-à-dire la totalité de la masse des symptômes. Au reste, ce n'est pas là l'unique contradiction que nous pourrions relever chez Hahnemann; sa doctrine en fourmille. Quant à l'étrangeté de ses idées sur l'essence des maladies, sur le caractère pathogénique immense qu'il attribue à la syphilis, et surtout à la gale, mais que rien ne prouve, d'ailleurs, pas même les chaleureuses discussions de l'auteur, ni les exemples sur lesquels il s'appuie; comment s'en étonner, lorsque celui-ci avoue qu'avant d'avoir découvert ce Protée aux mille formes, ce principe morbifiant par excellence, il avait reconnu (et mieux, il avait prouvé dans un ouvrage spécial) que l'usage du café et du thé chez les peuples modernes était une des sources les plus fécondes des maux physiques et moraux du genre humain?

Mais revenons à la pathologie des homœopathistes, pour la plus grande édification de nos lecteurs; la voici sans réflexions ni commentaires.

Les maladies forment deux classes : les unes sont des opérations rapides de la force vitale, sortie de son rhythme normal, qui se terminent dans un temps de médiocre durée; on les appelle maladies aiguës. Les autres, peu distinctes et souvent même imperceptibles à leur début, saisissent l'organisme chacune à sa manière, et peu à peu l'éloignent tellement de l'état de santé que la force vitale ne peut leur opposer qu'une résistance incomplète et inutile, et ne peut les empêcher de croître et d'amener la destruction de l'organisme. Celles-là sont connues sous le nom de maladies chroniques; elles proviennent d'infection par un miasme chronique.

Les maladies aiguës peuvent être distribuées en deux catégories : les unes atteignent les hommes isolés, les autres attaquent plusieurs individus à la fois, soit sporadiquement, soit épidémiquement. Les premières dépendent la plupart du temps de recrudescences d'une affection psorique latente; les secondes, qui attaquent plusieurs hommes à la fois, sous l'empire de causes météoriques et telluriques, comprenant celles qui saisissent beaucoup d'hommes à la fois, dépendent d'une même cause, se manifestent par des symptômes analogues (épidémies), et deviennent ordinairement contagieuses, quand elles agissent sur des masses serrées et compactes. Ces maladies ou fièvres, chacune de nature spéciale, sont produites tantôt par des causes accidentelles, variables, comme la famine, la guerre, les inondations, tantôt dépendent de miasmes aigus qui reparaissent toujours sous la même forme, miasmes dont les uns attaquent l'homme une seule fois dans la vie, comme la variole, la rougeole, la coqueluche, et dont les autres peuvent l'atteindre à plusieurs reprises comme la peste du Levant, la fièvre jaune, le choléra asiatique, etc.

Les maladies chroniques, parmi lesquelles il ne faut point comprendre celles qui sont entretenues par une alimentation insuffisante ou nuisible, par des excès, le jour dans des lieux marécageux, etc., et qui cessent souvent avec la cause qui les a produites, sont celles qui donnent naissance à un miasme chronique, et qui font incessamment des progrès lorsqu'on ne leur oppose pas des moyens curatifs spécifiques. Les maladies miasmatiques chroniques peuvent se rapporter à trois chefs principaux, qui sont : la syphilis, ou maladie vénérienne chancreuse, la sycose, ou maladie des fics, et enfin la gale, qui est la source de l'exanthème psorique; ces trois maladies, ou plutôt ces trois miasmes chroniques, qui ne s'éteignent qu'avec la vie, lorsqu'on ne les traite que par des moyens spécifiques, sont la source, la cause fondamentale et productrice de toutes les formes morbides qu'on a considérées jusqu'à présent comme autant de maladies propres, distinctes, indépendantes. Mais le miasme chronique de la gale a seul la plus grande part dans la production des milliers de cas pathologiques qui accablent l'espèce humaine. Si, au premier coup d'œil, on est étonné du grand nombre de formes différentes sous lesquelles ce miasme se manifeste, cet étonnement devra cesser, suivant l'auteur, quand on aura réfléchi sur le développement extraordinaire qu'il aura dû acquérir dans son passage à travers des millions d'organismes humains, depuis la création, et sur les modifications innombrables qu'il aura dû éprouver dans chaque individu, soumis à tant d'influence sensibles, extérieures et intérieures.

C'est donc la gale qui doit le plus particulièrement fixer l'attention du médecin, puisque c'est ce principe qu'il combat dans les sept huitièmes des maladies qu'il est appelé à traiter. Aussi l'auteur a-t-il consacré à cet important sujet une grande partie de son ouvrage. Nous ne le suivrons pas dans sa narration historique sur l'origine de la gale, sa transformation en lèpre, puis son retour à l'état d'éruption psorique primitive, et la disparition des lépreux, grâce aux progrès de la civilisation. Disons seulement qu'après de longues et laborieuses recherches, le docteur Hahnemann a découvert les vérités qu'on va lire.

L'usage du linge, le goût plus général pour les bains, les lotions, les soins de propreté, etc., ayant rendu la lèpre plus rare, et la gale, dont elle était une forme moins repoussante et moins apparente, un nombre considérable d'individus ont pu contracter le miasme psorique sans même le savoir, à cause de la rapidité avec laquelle un traitement quelconque a pu faire disparaître les vésicules presque imperceptibles par lesquelles il se manifeste à l'extérieur; et sa contagion a dû être d'autant plus facile et plus rapide que l'affection a pu se cacher davantage. L'humanité a donc perdu à la transformation de la lèpre en éruption psorique, non-seulement parce que celle-ci s'est plus généralement répandue, mais encore parce qu'après la disparition de l'exanthème, elle fait des progrès inaperçus dans l'intérieur, et a pu ainsi devenir, comme elle l'est depuis trois siècles, la source la plus générale des maladies chroniques.

Les médecins modernes, en considérant et en traitant la gale comme une affection toute externe et toute locale, mettent certainement les malades dans le cas de devenir la proie de la gale interne, qui se traduit à l'extérieur par des milliers de formes qu'on nomme maladies. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite un grand nombre de faits puisés dans les anciens auteurs, et qui démontrent que la disparition spontanée ou provoquée des vésicules de la gale peut être suivie d'accidens plus ou moins graves. Quelque faible que soit la gale interne au moment

de la répression de l'exanthème psorique, elle n'en est pas moins une affection chronique, c'est-à-dire incurable sans le secours de l'art. Si, au moment où l'on a fait disparaître l'éruption, celle-ci était peu intense, les accidens se développeront lentement; il pourra même arriver que l'individu conservera pendant des années l'apparence de la santé, mais à cet état de sommeil de la gale succèdera le développement de quelque affection plus ou moins grave qui pourra être indifféremment l'une des nombreuses espèces pathologiques que nous connaissons : le rachitisme, comme un coryza, la phthisie, comme l'hydrocède, la métrorrhagie, comme l'amaurose, l'érysipèle comme la chorée, etc. Ainsi un individu robuste, jeune, ayant toujours joui d'une bonne santé, est pris de douleurs rhumatismales, ou d'une fistule à l'anus, cet homme, suivant la doctrine homœopathique, a eu la gale; il prétend le contraire, et rien ne prouve qu'il ait tort, cela ne fait rien. Le miasme psorique chronique a sommeillé chez lui assez profondément pour le laisser jouir d'une parfaite santé; mais enfin il s'est réveillé, et a déployé pleinement le caractère d'une maladie véritable. Une femme avorte, un enfant a une dentition difficile; c'est qu'il existait chez eux un miasme psorique.

La conséquence toute naturelle qu'on devrait tirer de ce qui précède serait, ce nous semble, que toutes ces maladies n'étant que l'expression de la présence d'un miasme dans l'économie, un seul mode de traitement, ou même un seul remède leur serait applicable à toutes; mais il n'en est pas ainsi, voici pourquoi : le miasme chronique de la gale, après avoir traversé plusieurs millions d'organismes humains, doit avoir fini par acquérir un immense cortége de symptômes, élémens de ces innombrables maladies chroniques non vénériennes sous lesquelles gémit l'humanité; il doit être devenu susceptible de revêtir, quand il se manifeste, des formes tellement diversifiées chez les différens individus, en raison de leur éducation, de leurs habitudes, de leur régime, et d'autres influences physiques et morales, qu'il devient absolument nécessaire d'administrer plusieurs médicamens, afin de pouvoir agir d'une manière homœopathique et par cela même curative. Ce miasme chronique de la gale qui revêt autant de formes qu'il y a de maladies connues, et qui cause, excepté celles produites par le miasme vénérien, on peut le reconnaître, non-seulement quand il a pris le caractère d'une maladie prononcée, mais encore quand il est à l'état latent. Dans ce dernier cas, ses signes sont nombreux et varient chez les divers individus, et s'y montrent tantôt isolés, tantôt combinés de beaucoup de manières. Les énumérer tous serait trop long. Voici quelques-uns de ceux que donne l'auteur, nous les offrons comme échantillon, dussent les lecteurs nous imiter, et crier à l'absurde ou tout au moins à l'obscurantisme : — l'expulsion fréquente de vers lombrics et d'ascarides chez les enfans; — le ballonnement du ventre, la faim ou l'anorexie, le saignement de nez, le froid habituel des pieds ou des mains, des crampes, des soubresauts, le coryza, une grande tendance à se donner des tours de reins, la chute des cheveux, la tendance à l'érysipèle; sueurs le matin dans le lit, fétidité de la bouche, prurit à l'anus, douleur de dents, songes effrayans, etc., etc. Veut-on connaître à présent à quels signes se reconnaît la gale qui sort de l'état latent pour s'éveiller? voici : vertiges quand le sujet ferme les yeux, quand il se retourne brusquement quand il regarde de haut en bas, quand il marche dans un chemin qui n'est pas bordé des deux côtés, dans une plaine libre. Vertige simulant la syncope, ou dégénérant en perte de connaissance. Le malade n'est pas maître de ses pensées, le grand air l'étourdit. Afflux de sang à la tête, céphalalgie diverse, cheveux comme torréfiés, érysipèle à la peau, myopie, nyctalopie, héméralopie, pulsations dans l'oreille, surdité à différens degrés, diminution ou perte de l'odorat, gonflement du nez, la partie rouge des lèvres est pâle; langue blanche, pâle, sèche, ou pleine de sillons; crachotement continuel, goût fétide, rapports acides, ou ayant un goût pourri; nausées, le matin, vomissemens de sang; boulimie, appétit sans faim; inflammation du foie, hernies inguinales; dispositions à se donner des tours de reins, dislocation facile des articulations; ramollissemens des os, panaris, engelures, cors produisant une douleur brûlante, ulcères aux jambes; éruptions cutanées diverses, verrues, fongus hématode; épilepsie, somnambulisme; caractère pleureur; sensibilité excessive, etc., etc. C'est à la présence de ces symptômes et d'un nombre considérable d'autres qu'on peut reconnaître, dit l'auteur, que la gale sort de son état latent. Ce sont, en même temps, les élémens dont le miasme psorique, développé, se compose quand il s'exprime par une foule innombrable de maladies chroniques, tellement modifiées par une foule de circonstances individuelles ou générales, qu'elles sont bien loin d'être toutes comprises dans la longue série des espèces nominales que la pathologie ordinaire donne faussement pour autant de maladies particulières et distinctes. Ce sont là, enfin, les symptômes secondaires caractéristiques du mal miasmatique primitif devenu manifeste au-dehors, de ce monstre à mille têtes, qu'on a si longtemps méconnu, que M. Hahnemann a découvert et poursuit sans relâche, comme il a découvert et poursuivi ces autres monstres, le café et le thé chaud, auxquels l'humanité doit la plus grande partie de ses souffrances physiques et morales depuis deux siècles.

Qu'objecter à des pareilles théories, à des allégations dépourvues de preuves, et complétement en opposition avec les notions les plus universellement admises, les vérités les mieux démontrées, la logique la plus vulgaire? Peut-on s'entendre quand on ne parle pas le même langage, quand on n'a pas les mêmes croyances? Le mieux est de laisser au temps, au bon sens général, le soin de faire justice de semblables rêveries. Mais, diront les sectateurs de l'homœopathisme, laissez nos théories, que vous ne comprenez pas, admettez au moins l'évidence, rendez-vous à l'autorité des faits; examinez, expérimentez avant de juger. Si ce n'est point assez, pourrions-nous leur répondre, pour faire crouler votre doctrine, du simple raisonnement qui la convainct d'absurdité, reconnaissez aussi l'importance des faits qui la condamnent, l'autorité de l'expérience, qui la déclare complétement impuissante; et nous soumettrions à leurs méditations les passages suivans d'une lettre, vraiment décourageante pour tout homœopathiste, adressée au rédacteur de la Gazette médicale par M. Pointe, professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les croyans qu'elle n'ébranlera pas sont dignes d'être Saint-Simoniens-Enfantiniens.

« Dans le courant du mois d'avril 1832, je mis à la disposition de M. le docteur Guérard, un des médecins homœopathes les plus renommés de notre

ville, une salle de trente lits. Il fut libre d'y choisir le nombre de malades qu'il lui conviendrait, et de faire toutes les prescriptions qu'il croirait utiles pour le plus grand succès de la doctrine d'Hahnemann ; je ne mis qu'une condition, c'est que les visites seraient faites, tous les jours, à des heures indiquées d'avance, afin que toutes les personnes qui voudraient y assister le pussent librement. Quinze maladies aiguës et chroniques, affections fébriles, pneumonie, érysipèle, catarre pulmonaire, rougeole, ictère, diabètes, etc., furent désignées par le docteur Guérard, et chaque jour, en présence d'une soixantaine d'élèves, et de médecins de la ville, il examina les malades avec soin, administra lui-même les doses homœopathiques, et prescrivit le régime. Les expériences ont duré dix-sept jours, et n'ont cessé que parce que le docteur expérimentateur s'est volontairement retiré. Pendant ce laps de temps, aucun résultat avantageux, aucun amendement notable, et qu'on pût n'attribuer qu'à la méthode homœopathique n'a été observé. M. Guérard, interpellé plusieurs fois à ce sujet, en est lui-même convenu. Trois fois pendant le cours de ces opérations, et de concert avec ce docteur, qui en reconnut la nécessité, nous nous sommes écartés de la doctrine d'Hahnemann. Deux fois l'interne de garde, en l'absence du médecin traitant, et parce qu'il voyait l'existence d'une malade compromise, s'est permis de saigner avec la lancette, et non avec une dose homœopathique d'aconit, une pneumonie qui réclamait impérieusement l'usage d'une émission sanguine.

» Tel est le résultat des expériences qui ont été faites à l'Hôtel-Dieu de Lyon : on ne peut point le révoquer en doute; les témoins étaient nombreux et compétens. M. le docteur Guérard a attribué ce défaut de succès d'une méthode qui, jusqu'alors, lui avait constamment réussi, à l'action des miasmes délétères, toujours abondans dans un hôpital, et dont il n'a pu défendre ses malades. Quelle est donc la puissance de cette méthode qui échoue précisément dans des lieux où elle serait le plus nécessaire, où elle serait appelée à rendre les plus nombreux services, dans des lieux où, en se conduisant d'après les vieilles doctrines, on obtient journellement les plus brillans succès? Les confrères homœopathes de M. le docteur Guérard ont prétendu qu'en s'engageant dans des expériences publiques, il avait compromis la doctrine homœpathique; mais qu'ils se rassurent : j'ai pu le vérifier depuis, la foi robuste des croyans n'a pas encore été ébranlée. »

A. T.

Considérations thérapeutiques sur l'acupuncture, et ses principales indications.

Parmi les nombreuses tentatives que l'on a faites pour combattre les affections nerveuses, rhumatismales, etc., l'acupuncture mérite sans contredit, une mention toute spéciale. Ce moyen qui, pendant un temps, a joui d'une assez grande vogue parmi nous, est en général un peu trop négligé aujourd'hui, surtout depuis que la méthode endermique a pris faveur, et l'a, en quelque sorte remplacé. Sans prétendre refuser à cette dernière les avantages nombreux que son emploi bien dirigé peut offrir au praticien, il nous semble que souvent aussi l'acupuncture trouverait d'utiles applications là où sa rivale est exclusivement employée, sans offrir pourtant tous les avantages qu'elle semblait promettre. Ces considérations nous engagent à rappeler un moment l'attention sur un moyen tour à tour trop vanté et trop décrié, et à signaler les principaux cas dans lesquels l'expérience a le mieux constaté son efficacité.

L'acupuncture, on le sait, resta ignorée en Europe jusqu'à la fin du XVIIe siècle, époque à laquelle W. Ten Rhyne, médecin de la compagnie des Indes (1679), et après lui E. Kœmpfser, attaché aux ambassades hollandaises au Japon (1692), en détaillèrent les avantages et le mode d'application. Mais ce ne fut que long-temps après qu'on songea à essayer d'un moyen auquel l'universalité des médecins n'accordait sans doute aucune confiance lorsqu'il fut annoncé.

Le docteur Berlioz, en 1810, essaya, pour la première fois, l'acupuncture sur une jeune malade chez laquelle, à la suite d'une violente frayeur, s'était déclarée une fièvre nerveuse périodique, offrant tous les jours deux accès; l'un très fort, entre une et deux heures de l'après-midi; l'autre, plus faible, entre huit et neuf heures du soir. Elle ressentait, en outre et simultanément pendant les accès, une douleur à la tête et à la région épigastrique. Après avoir épuisé inutilement tous les remèdes, l'acupuncture fut essayée avec succès, et répétée. La malade se rétablit, et n'eut pas de rechute. Cette observation, qui donna lieu, dans le temps à d'assez nombreuses critiques, engagea toutefois d'autres médecins à faire plus tard de semblables essais. M. Haime, médecin de Tours, entre autres, employa avec un plein succès l'acupuncture contre un hoquet opiniatre, un rhumatisme des parois pectorales, deux céphalées nerveuses, etc. Les journaux de médecine firent peu à peu connaître les résultats de guérisons obtenues par l'acupuncture dans différens hôpitaux; et sans parler de tous les médecins qui, à Paris, l'ont employée, nous nous bornerons à rappeler ici l'ouvrage publié en 1826 par M. Dantu, qui y a consigné les résultats de nombreuses recherches faites par M. Jules Cloquet sur ce point de thérapeutique, celles de quelques autres praticiens et les siennes propres.

L'utilité de l'acupuncture, dans certains cas, n'étant plus désormais un point contesté, il deviendrait inutile de chercher à la démontrer par quelques observations nouvelles. C'est à spécifier ces cas, à indiquer ceux dans lesquels l'emploi de ce moyen paraît mériter la préférence, que nous croyons devoir nous attacher.

L'excellence d'un moyen thérapeutique pouvant, en général, se mesurer sur la promptitude de son efficacité, il deviendrait assez facile de déterminer les cas dans lesquels l'acupuncture devrait réussir presque infailliblement, en résumant les observations dans lesquelles la seule application d'une ou plusieurs aiguilles dans un même temps a suffi pour amener la guérison. Mais ici, comme partout ailleurs, les conditions individuelles viennent compliquer la solution du problème. Ainsi nous voyons, par exemple, une névralgie sciatique, une névralgie faciale, etc., guéris par une seule acupuncture chez certains individus, tandis que chez d'autres les mêmes affections ont nécessité deux, trois et quatre fois, et plus, l'emploi du même moyen. On sent qu'il est presque impossible de déterminer par avance l'influence précise qu'exerce le même remède dans des cas analogues. L'important est de savoir qu'il peut en exercer une. Or, en nous aidant de toutes les observations publiées sur cette matière,

nous signalerons, en premier lieu, comme pouvant être rapidement guéries ou notablement soulagées par l'acupuncture, les névralgies sciatique, faciale et dentaire. Pour cette dernière, il suffit d'introduire l'aiguille dans l'épaisseur de la gencive dans le point correspondant au siége du mal. Le docteur Toirac a publié à ce sujet deux observations. Dans la première, la dent, point de départ de la douleur, était assez cariée pour qu'on dût songer à l'extraire, si l'acupuncture n'eût enlevé la douleur; dans l'autre, la dent était saine. Dans le cas d'une dent cariée, l'acupuncture ne peut être considérée que comme moyen palliatif, mais à ce titre même elle offre encore une précieuse ressource. Ainsi beaucoup de douleurs symptomatiques, d'altérations organiques, le torticolis, les crampes, le bouquet, les contractions convulsives des muscles qui ne sont pas le résultat d'une lésion grave, primitive ou secondaire du système nerveux, sont dissipés rapidement par l'acupuncture, d'après les observations faites à ce sujet.

Les douleurs rhumatismales ont été souvent attaquées par l'introduction des aiguilles dans les régions douloureuses, mais avec des résultats divers, et cela ne doit pas surprendre si l'on réfléchit combien sont variées les conditions dans lesquelles une douleur dite rhumatismale peut exister. Et d'abord, dans le rhumatisme inflammatoire ou aigu, l'acupuncture échouera le plus souvent; et en effet ce n'est pas seulement une douleur locale qu'on a à combattre, c'est une maladie de l'économie tout entière, dans laquelle le sang lui-même est, suivant toute probabilité, particulièrement modifié dans sa composition. Tout ce que l'acupuncture peut faire alors, c'est de soulager momentanément, encore c'est ce qu'elle ne fait pas toujours. Mais les rhumatismes musculaires, partiels, sans fièvre, sans réaction du système vasculaire, sont au contraire facilement combattus par le moyen dont nous parlons, et dans les cas de ce genre, les observations se multiplient pour procurer les heureux effets de l'acupuncture. Il en est de même pour les douleurs qui sont la suite d'un tiraillement forcé des muscles, de leurs contractions trop violentes et trop longtemps répétées, du lombago, et de ces douleurs connues sous le nom de rhumatisme vague, qu'on a fini souvent par apaiser en les poursuivant, pour ainsi dire, à coups d'aiguilles.

Le docteur Berlioz, qui cite un cas de coqueluche chez un homme de quarante ans, guéri par l'acupuncture, vante l'emploi de ce moyen dans les contusions. Un homme tombé de dix à douze pieds sur un tas de pierres avait la partie postérieure du corps tellement meurtrie qu'il ne pouvait plus exécuter le moindre mouvement; onze piqûres pratiquées sur la partie postérieure du cou, dans l'espace d'une demi heure, lui permirent de lever la tête : la même opération pratiquée les jours suivans, d'après ses instances, lui procura la liberté de se retourner seul dans son lit, et bientôt il fut guéri. (Nous citons ce fait, quoique extraordinaire.)

M. Dantu a rapporté également neuf cas de contusions anciennes, et mêmes récentes, dans lesquels l'acupuncture produisit également des résultats très avantageux. Un homme, tombé par une trappe d'environ quinze pieds de hauteur, entra à l'hôpital; le lendemain, respiration difficile, toux pénible, impossibilité de remuer une fois qu'il était étendu sur son lit. Hypocondre gauche très douloureux à la pression; face animée; pouls fort et fréquent. Une aiguille dans l'hypochondre gauche : deux minutes après, respiration plus libre. Deuxième acupuncture près de la première et dans le point le plus douloureux; au bout de trois minutes, mouvemens possibles; à la septième minute, la pression put être supportée; le lendemain, une légère douleur étant survenue à la partie postérieure gauche du thorax, une aiguille fut introduite. Au bout de six minutes, la toux, la pression, le redressement du tronc ne causèrent plus aucune douleur. Le malade s'étant plaint de pesanteur de tête, M. J. Cloquet, ayant égard à la force du sujet, fit faire une saignée de deux palettes, quoique tous les symptômes du côté de la poitrine eussent disparu. Le malade quitta peu après l'hôpital, parfaitement rétabli.

L'acupuncture est encore utile dans la gastralgie et la pleurodynie; M. Bompard a cité un cas où l'introduction d'une aiguille dans la direction de l'arcade sourcilière diminua rapidement les douleurs très vives d'une ophthalmie, qu'une application de sangsues dissipa elle-même après. M. Renard, de Mayence, a publié aussi quelques observations de ce genre dans lesquelles une opthalmie scrofuleuse et deux ophtalmies chroniques furent promptement amendées sous l'influence de l'acupuncture. Ce moyen échoua complétement entre ses mains sur un autre sujet.

L'affection dans laquelle l'acupuncture est la plus avantageuse est à notre avis, la névralgie sciatique. Cette maladie, si douloureuse, si fréquemment rebelle aux sangsues, aux vésicatoires, aux bains de toute espèce, aux calmans de toutes les sortes, est assez souvent enlevée en un jour, quelquefois même en quelques heures, par l'application de deux ou trois aiguilles d'acupuncture enfoncées perpendiculairement à un pouce ou un pouce et demi de profondeur dans le trajet du nerf sciatique. Ces aiguilles sont laissées en place pendant quatre ou cinq heures, en ayant soin de soutenir les couvertures du malade au moyen d'un cerceau. La seule douleur que le sujet éprouve a lieu lorsqu'on retire l'aiguille, qui a été oxidée, mais elle n'est que d'un instant. Il arrive quelquefois que la douleur quitte la cuisse et se porte à la jambe; il faut alors la poursuivre dans ce point par de nouvelles aiguilles. Nous avons vu plusieurs malades être guéris en quelques heures, par l'acupuncture, de névralgies sciatiques qui duraient depuis plusieurs mois, et cela sans rechute; et j'avoue que, de tous les cas dans lesquels ce moyen thérapeutique a été préconisé, c'est celui dans lequel je l'emploierai avec le plus de confiance, car la méthode endermique est ici souvent insuffisante, comme les autres moyens.

On a cité comme dues à l'acupuncture des guérisons d'anasarque dont, à notre avis l'acupuncture est fort innocente au moins sous le rapport où nous l'envisagions ici. Car, dans ces cas, les piqûres ont agi comme eussent fait des mouchures avec la pointe d'une lancette. Et l'on conçoit que, dans ces cas, l'effet de ce moyen a été purement mécanique. Il nous semble que c'est faire un étrange abus des faits que de les présenter sous un tel jour. Nous venons de passer en revue les principaux cas dans lesquels l'acupuncture offre une ressource au médecin thérapeutiste. Rappelons maintenant quelques-unes des circonstances les plus importantes à connaître pour ce qui regarde le procédé opératoire.

Il importe, pour pratiquer l'acupuncture, de tendre la peau de la région où l'on veut enfoncer l'aiguille. Celle-ci doit être dirigée perpendiculai-

rement à la surface de la peau dans tous les cas, sauf à lui donner une direction oblique s'il est nécessaire, lorsque le derme aura été traversé. On peut enfoncer l'aiguille, soit en lui imprimant un mouvement de rotation, soit en appuyant sur elle, par degrés et avec ménagement, sans la faire tourner entre les doigts. Ce dernier moyen paraît être moins douloureux, quoiqu'à dire vrai l'un et l'autre le soient généralement assez peu ; toute espèce d'aiguilles, pourvu qu'elles soient détrempées, fines et d'une longueur suffisante, peuvent servir au besoin pour l'acupuncture. Néanmoins, on préférera pour usage habituel une aiguille à tête munie d'un petit crochet ou perforée d'une ouverture assez grande pour pouvoir, si on juge nécessaire, y adapter un conducteur. Il est d'observation, en effet, que souvent on n'a commencé à obtenir une action manifeste des aiguilles qu'après les avoir mises en communication avec l'extrémité d'un fil métallique dont l'autre extrémité trempait dans un vase contenant de l'eau salée.

Les Japonais ne se servent jamais que d'aiguilles d'or ou d'argent pour pratiquer cette petite opération. Chez nous, au contraire, les aiguilles d'acier sont employées de préférence, bien que la facilité avec laquelle elles s'oxident dût, au premier abord, les faire abandonner; mais cet inconvénient parut avoir, et a sans doute trop peu d'importance pour faire accorder aux aiguilles d'or et d'argent la préférence que la superstition et l'ignorance japonaise leur accordent. On a cru d'ailleurs que le phénomène de l'oxidation pouvait avoir quelque valeur en ce sens qu'il aidait à la production des effets thérapeutiques. On appuyait cette manière de voir sur ce que, dans certains cas de douleurs très aiguës, l'aiguille introduite s'oxidait promptement. Mais pour que la conclusion fût rigoureuse, il faudrait que le soulagement ressenti soit d'autant plus complet que l'oxidation de l'aiguille serait elle-même plus considérable. Or, on a vu souvent l'oxidation très marquée et le soulagement nul. Il n'y a donc aucun rapport entre ces deux phénomènes. D'ailleurs, s'il en était autrement, les aiguilles d'or, d'argent, de platine, ne devraient avoir qu'une influence très faible. Or elles agissent comme celles d'acier.

Lorsque l'acupuncture est utile, dit le docteur Berlioz, la douleur qu'elle cause n'est jamais très vive; si le malade en est incommodé ou fortement effrayé, il est rare qu'il éprouve du soulagement. La justesse de cette remarque a été plus d'une fois constatée, et quant à l'influence morale, M. Dantu a cité le cas d'un malade de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont la frayeur fut si grande en voyant perdues dans son abdomen deux aiguilles sans tête qu'on y avait enfoncées trop avant, qu'il mourut peu de temps après. Il convient donc de ne pas insister sur l'acupuncture chez des malades aussi irritables que faciles à effrayer.

Terminons par une remarque sur un des effets assez communs de l'acupuncture. Je veux parler du déplacement subit de la douleur du point qu'elle occupait primitivement, sur un autre plus ou moins éloigné.

Dans ce cas, il convient d'introduire une seconde aiguille dans la région actuellement douloureuse, et de l'y laisser quelque temps. D'ordinaire, on obtient un soulagement notable ou même la disparition complète de cette douleur nouvelle. Enfin, il n'est pas rare de voir l'introduction de la première aiguille exaspérer d'abord ; il ne faut pas craindre alors d'en appliquer une seconde et une troisième dans les points les plus douloureux. L'exaltation de la sensibilité se calme peu à peu, et la douleur ou bien disparaît, ou diminue d'une manière notable. Toutefois, nous l'avons dit déjà, si l'acupuncture compte des succès qui tiennent, dans certains cas, presque du merveilleux, elle a aussi ses insuccès, ses défaites. Mais mieux partagée en cela que bien d'autres moyens thérapeutiques, on peut la regarder, en général, comme exempte de dangers, et par cela même de revers: C'est un avantage qui, à notre sens, ne saurait être trop apprécié.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la compression employée comme traitement curatif de quelques tumeurs glandulaires, fibreuses et sanguines.

Il n'est pas, en thérapeutique, de remède ou d'agent curatif dont l'action ne soit contestée par quelques personnes, tandis que d'ardens fauteurs en exagèrent le mérite et la valeur. De là les controverses, les schismes, les hérésies les plus absurdes, *inde iræ* !!! Ce préambule, qui pourrait servir d'exorde à la plupart des articles de thérapeutique, doit surtout s'appliquer à la compression, considérée comme agent thérapeutique de divers engorgemens, cellulaires, glandulaires et fibreux.

La compression, vantée sans mesure par Kniphof, a été examinée avec plus d'impartialité par un de nos chirurgiens militaires les plus distingués, feu Lombard. Des essais imprudens, des précautions importantes omises, ont puissamment contribué à donner prise aux attaques de ses antagonistes, au point que les thèses d'Ouvrard, de Jadioux et de Thore n'ont pu, à l'époque où ils écrivaient, naturaliser en France une médication qui fût chaudement prônée en Angleterre par le docteur Yong. Elle n'y fit pas cependant de nombreux adeptes ; car Samuel Cooper, dans son dictionnaire, et surtout dans son traité, intitulé : *The first lines of the practice of surgery*, déclare qu'un chirurgien raisonnable ne peut admettre un remède de cette nature.

Ce chirurgien imprimait ses opinions en 1819 et 1826, sans tenir compte des travaux d'Yong, et surtout des faits aussi détaillés que complets publiés par Furtherh. Jeunes chirurgiens, à votre début dans la carrière, praticiens de province consciencieux, auxquels une nombreuse clientèle ne permet pas de comparer les résultats et les opinions de vos confrères qui écrivent, souvent sans avoir vu, acceptterez-vous ou rejeterez-vous sans réserve une méthode qui est tant controversée ? Heureusement il est des hommes qui, avant d'écrire, avant surtout de recommander à leurs confrères une medication nouvelle, font des essais, des recherches, analysent la manière d'agir de tel ou tel agent thérapeutique. C'est donc un véritable service qu'a rendu à la science M. le professeur Récamier, en cherchant à faire sortir la compression de ce dédale d'opinions diverses où elle était perdue. En 1829, justement trois ans après la dernière édition de Samuel Cooper, le médecin de l'Hôtel-Dieu donnait un démenti formel au chirurgien anglais, en lui prouvant

que, dans les mains d'un praticien observateur et judicieux, la compression peut et doit être même considérée comme une médication raisonnable. Les travaux de M. Récamier ont été accueillis comme ils le méritaient : ses expériences ont été répétées, et des succès incontestables ont sanctionné l'efficacité de la compression dans quelques affections glandulaires et squirreuses.

Parmi les chirurgiens qui ont étudié avec soin la compression et qui ont eu à se féliciter de son emploi, il faut placer en première ligne M. Lisfranc. Placé dans un service où les maladies chroniques sont très fréquentes, il avait devant lui un vaste champ d'expérimentation. J'ai publié en 1830, dans la Gazette médicale, quelques faits remarquables tirés de la pratique de ce chirurgien. Ceux que je ferai connaître aujourd'hui sont puisés, partie dans ma pratique particulière, partie dans une multitude de faits observés à l'hôpital de la Pitié.

La compression n'est pas un moyen unique de guérison, mais bien une méthode combinée de différens moyens. C'est une médication qu'il faut étudier, doser, graduer à volonté, suspendre, pour recommencer ensuite ; car les organes par lesquelles on agit s'y habituent et finissent par avoir pour elle une espèce de tolérance. C'est pour cette raison que ceux qui mettent en usage la compression sans prendre en considération les diverses précautions que je viens d'indiquer échouent souvent.

Ainsi, il faut toujours commencer par une compression légère; dans ce cas, le simple bandage, roulé circulaire si c'est un membre, en huit de chiffre, si c'est une articulation, doit être mis en usage; c'est le premier degré du pansement.

Lorsque l'on veut obtenir une pression plus énergique, et surtout sur un point isolé de la tumeur, on coupe des disques d'agaric préparé, connu vulgairement sous le nom d'amadou. Ces disques, dont on rétrécit le diamètre peu à peu, forment quand ils sont en nombre suffisant, un cône dont on place la base ou la pointe sur la tumeur, selon que l'on veut produire une compression plus ou moins forte ; le cône est alors assujéti avec des jets de bandes, peu serrés dans les premiers jours, et dont on augmente l'action à mesure que le malade s'y accoutume. Souvent on peut cerner une tumeur volumineuse au moyen de plusieurs cônes qui sont tous maintenus par le même bandage. Ce pansement constitue le deuxième degré de la compression.

Mais, avant de passer au troisième degré, il faut laisser écouler quelques jours, quelques semaines, souvent des mois. Les phénomènes produits par cette médication sont lents ; et, malgré cela, il faut surveiller attentivement ce qui se passe dans la tumeur; car la compression a deux actions bien distinctes, l'une est essentiellement mécanique, l'autre est essentiellement excitante et vitale. Sous son influence, la vitalité se réveille dans un organe, les vaisseaux absorbans reprennent de la vigueur, le sang afflue vers la partie : c'est alors que le chirurgien doit étudier attentivement l'action du pansement. L'effet mécanique peut altérer la peau, l'excorier, la frapper de mortification et produire des accidens graves. Si ces phénomènes ne se passent point à la peau, ils peuvent survenir dans la tumeur elle-même, qui s'enflamme, se fluxionne, et peut tomber en suppuration ou en sphacèle. Pour éviter de tels accidens, il faut, aussitôt que la peau s'enflamme, rougit, ou que la tumeur s'échauffe, suspendre la compression. Peu de jours suffisent ordinairement pour calmer tous les phénomènes d'irritation : on peut, au besoin, accélérer la résolution par l'application de quelques cataplasmes de farine de lin. Il est des circonstances dans lesquelles il faut recourir à une médication plus active : l'inflammation persistant, malgré la cessation du traitement, on est souvent obligé d'avoir recours aux sangsues appliquées en nombre suffisant dans le pourtour de la tumeur. M. Lisfranc préfère, dans la plupart des cas, une saignée révulsive au bras, qu'il fait répéter suivant le besoin.

J'ai observé, un grand nombre de fois, que, lorsque la compression ne produit plus aucun effet sur une tumeur, l'on se trouve bien de suspendre le traitement pendant quelques jours. Cet espace de temps écoulé, l'on est fort étonné de trouver une diminution notable dans le mal.

Premier fait. — Madame S., demeurant rue Saint-Antoine, n° 144, à Paris, portait depuis longtemps une tumeur dure, bosselée, presque toujours indolente, au sein gauche : quelquefois, mais bien rarement, à l'époque des règles, cette glande devenait le siége de légers élancemens. La malade, bien portante et célibataire, ne pouvait attribuer cette affection qu'à un coup reçu plusieurs années auparavant sur le sein affecté. Le premier médecin qu'elle consulta, ayant déclaré la glande cancéreuse, conseilla à la malade de se rendre à l'Hôtel-Dieu pour se la faire extirper. Elle me fut alors adressée par une dame que j'avais traitée par la compression, et dont l'histoire est consignée dans le mémoire déjà cité. Il est toujours temps de recourir à l'instrument tranchant ; et une saine philosophie médicale nous ordonne de ne passer à ce moyen que lorsque toute autre médication a échoué. Je tentai donc la compression avec des bandes simples, puis avec des cônes d'agaric, et quelque léger que fût le pansement, il excita à plusieurs reprises des phénomènes inflammatoires, qui furent réprimés par des saignées générales et des bains. Cinq mois de traitement consécutif ont suffi pour faire disparaître entièrement tout engorgement.

Deuxième fait. — Madame B**, blanchisseuse, portait depuis plusieurs années une glande très dure, volumineuse, inégale et bosselée. Cette tumeur était depuis longtemps le siége de douleurs assez vives, lorsqu'elle me fut adressée par feu le docteur Dance, avec prière de tenter sur elle le traitement par la compression, qu'il m'avait vu employer avec succès sur une dame que nous avions dirigée longtemps en commun. Les premiers pansemens furent faits en janvier 1832, et la guérison la plus prompte et la plus remarquable par l'absence de tout accident a été obtenue en moins de cinq mois.

Lorsque le deuxième degré de compression a échoué, ou tout au moins n'a pas produit tout l'effet désiré, il faut alors passer au troisième degré, qui s'obtient par l'usage de compresses graduées, analogues à celles que l'on emploie pour maintenir dans son diamètre normal l'espace interosseux dans les fractures de l'avant-bras. On commence par une compresse, puis on en ajoute un plus grand nombre, ayant soin d'augmenter l'action des circulaires de bandes, en les serrant peu à peu chaque jour. Cette compression est plus douloureuse que celle du second degré ; elle est aussi plus active, et il importe de surveiller ses effets, surtout du côté de la glande : il faut la suspendre en temps utile pour la reprendre à propos. Les effets de ce pansement sont remarquables. L'on ne tarde pas à découvrir de pro-

fonds sillons dans le corps de la tumeur, à la place où correspondent les compresses graduées. Souvent ces sillons partagent la tumeur en plusieurs lobes, au point que, se mouvant dans le principe tout d'une pièce quand on l'ébranlait, on voit plus tard qu'elle est divisée en plusieurs, et que le mouvement qu'on lui imprime dans une partie ne se transmet pas à la totalité de la glande. Ce phénomène a été surtout très appréciable chez une demoiselle de trente-six ans, confiée à mes soins par M. Lisfranc.

Troisième fait. — Madame de Cart.***, Espagnole, âgée de quarante ans, mère de plusieurs enfans qu'elle avait allaités, fit pendant le voyage de son émigration en France, une chute de voiture, et reçut dans le sein gauche un violent coup de coude, à la suite duquel elle vit survenir un engorgement inflammatoire considérable, qui se dissipa rapidement sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, ordonné par un médecin de Bordeaux, M. Moulinié, à ce que je crois. Il resta cependant un noyau inflammatoire profond, obscur, qui demeura stationnaire pendant deux ans environ. Un retard de quelques mois de l'évacuation mensuelle produisit un travail de congestion vers la glande engorgée, qui prit en peu de temps un volume excessif. Nulle douleur ne s'opposant à l'emploi immédiat de la compression, je la mis en usage dès les premiers jours où j'entrepris le traitement de Mme C***. Les deux premiers degrés de compression ne produisirent que peu d'effet, quoique continués pendant quarante-cinq jours. Le troisième fut plus avantageux. En moins de dix-sept jours, la glande s'était divisée en plusieurs pièces; chaque partie séparée fut attaquée par une bile de compresses, et en trois mois la guérison fut complète.

Dans un grand nombre de cas, on associe à la compression la diète, les pilules de Méglin, la teinture éthérée de ciguë; mais dans le cas dont je viens de parler, la compression seule eut les honneurs de la guérison.

Quand on fait coïncider avec le traitement compressif les frictions de pommades iodurées, il faut avoir soin de laver souvent la partie avec une eau légèrement savonneuse, pour enlever l'irritation produite par les corps gras, puis recouvrir la tumeur avec une pièce de baudruche pour garantir le derme, devenu plus sensible, par l'effet des corps comprimans.

Lorsque l'on a affaire à des tumeurs fibreuses avoisinant les articulations, on peut augmenter la force de compression, en remplaçant les compresses graduées par de petites attelles de bois recouvertes de toiles. Cette méthode, qui constitue le quatrième degré de compression, est rarement applicable aux tumeurs glandulaires.

A mesure que l'on augmente la force de la compression, il faut préserver les parties environnantes de son action, pour la concentrer sur le point que l'on veut comprimer. Ainsi le sein opposé doit être recouvert avec une peau de chamois ou de castor matelassée; les aisselles sont garanties avec des tampons de charpie mollette, et l'on détruit l'effet du bandage sur les clavicules en y plaçant de petits coussins ouatés. Ces précautions ne sont point inutiles; car chez les femmes la peau s'enflamme rapidement, et peut, en s'excoriant, forcer à suspendre le traitement. Le tissu cellulaire sous-cutané peut s'irriter et donner lieu à la formation de petit lypomes, accidens assez communs aux femmes qui portent des corsets trop serrés.

Il n'est pas rare de voir des femmes éprouver des accidens spasmodiques dans les premiers jours du traitement par la compression; les muscles thoraciques sont gênés, et la respiration est pénible. Peu à peu, les malades s'y accoutument, et l'on remarque alors que l'acte respiratoire est exécuté en grande partie par la contraction diaphragmatique, qui est bien plus développée que dans l'état normal. Quelques femmes ne peuvent jamais s'habituer à avoir la poitrine serrée dans des circulaires de bandes. M. Récamier a fait construire pour ces cas spéciaux un corset fort ingénieux dont il s'empresse de communiquer le modèle.

Malheureusement le traitement par la compression est long, et il faut une grande patience du côté de la malade et une grande persévérance de la part du chirurgien. J'ai vu des traitemens durer dix-huit mois à deux ans. Ce qu'il y a de plus malheureux encore, c'est que cette méthode échoue souvent; mais dans la plupart des cas, elle a réduit le volume de la tumeur, et rendu l'extirpation plus facile. C'est surtout sur les adhérences que les effets ont été saillans, et rien n'est plus remarquable que la mobilité qui succède tout à coup dans une tumeur adhérente à la suite de la compression.

J'examinerai dans un prochain article la compression appliquée au traitement des trajets fistuleux.

CARRON DU VILLARDS.

Du traitement des brûlures par le typha.

Nous avons les premiers, dans ce journal, signalé l'utilité du duvet de typha (1) dans le traitement des brûlures; depuis la publication de notre article, cette substance a été employée avec bonheur par un grand nombre de praticiens. Nous croyons utile de revenir sur ce sujet, en mentionnant les faits récens publiés par M. le docteur Vignal, et que nous trouvons consignés dans la Gazette des Hôpitaux.

OBSERVATION I. — Le nommé Jules Cœurdassier, âgé de dix ans, se brûla l'avant-bras gauche, le 7 janvier dernier, en découvrant un vase rempli de bouillon gras. Le liquide bouillant s'épancha entre la peau et les vêtemens, et lorsqu'on voulut déshabiller le malade, l'épiderme se détacha dans toute l'étendue du tiers supérieur de la partie interne du membre.

Demi-heure après l'accident, les douleurs étaient excessivement vives; la main et les deux tiers inférieurs de l'avant-bras offraient une érythème très intense; au tiers supérieur on voyait une excoriation l'épiderme ayant été emporté avec les vêtemens. On enveloppa les parties lésées avec le duvet de typha, et l'on recouvrit le tout d'une large compresse maintenue par un bandage roulé peu serré: les douleurs disparurent complétement au bout d'un quart d'heure.

Le lendemain, le malade ne ressentait aucune douleur. L'appareil, traversé par une grande quantité de sérosité, fut défait, et l'on trouva le membre dans l'état suivant: la main n'offrait plus de phlogose; une phlyctène de deux pouces de diamètre environ, contenant une sérosité brunâtre coagulée, s'était développée pendant la nuit au-dessus du poignet; tout le membre était enflammé, très

(1) Le typha est une espèce de duvet produit par les fleurs femelles d'une plante aquatique connue sous le nom de masette d'eau.

sensible au toucher, et le gonflement inflammatoire s'étendait jusqu'à la partie moyenne du bras. L'on ouvrit la phlyctène, qui ne fut pas vidée complétement, dans la crainte de déterminer de nouvelles douleurs. Tout le membre, la main exceptée, fut entouré d'une quantité convenable de soies de typha recouverte de plusieurs compresses.

Les 9, 10, 11, 12, et 13, les pansemens furent faits toutes les vingt-quatre heures; les pièces de l'appareil étant très mouillées.

Les 14, septième jour de la brûlure, un pus consistant d'une odeur assez forte, traversa le duvet vers la partie moyenne du membre.

Le 15, le pus s'étant rassemblé en un foyer, on le fit écouler par une douce pression et l'on boucha l'ouverture avec du nouveau duvet : le gonflement inflammatoire était presqu'entièrement disparu.

Le 21, l'appareil étant totalement sec, l'on ne changea même pas les compresses ; les bords de la croûte étaient détachés de toutes parts.

Le 26, dix-neuvième jour de la brûlure, la croûte, ne tenant plus que par un pédicule très étroit, tomba par son propre poids. Une cicatrice régulière s'étendait depuis le coude jusqu'au poignet; il y existait encore une plaie d'une très petite étendue, mais elle se cicatrisa en peu de jours.

Obs. II.—Dans le même mois, la nommée Célestine Marchal, âgée de trois ans, allait tomber, mais en voulant se retenir, elle porta la main droite sur un poêle en tôle presque rouge : elle eut aussitôt l'épiderme emporté dans toute l'étendue de l'éminence thénar, et l'enfant recherchait l'impression du froid. Les assistans plongèrent sa main dans le vinaigre, espérant par ce moyen calmer la douleur, qui, au contraire, augmenta. Lorsque M. Vignal vit la malade, environ une heure après l'accident, il ne trouva pas de phlyctènes intactes; il replaça, autant qu'il fut possible, l'épiderme, qui était arraché et roulé sur lui-même; et il enveloppa toute la main dans du duvet de typha, qu'il recouvrit d'une compresse et d'un bandage roulé. La main fut étendue sur une palette de carton, pour prévenir la rétraction des tissus, si fréquente dans ces sortes de blessures.

Les souffrances s'apaisèrent presque aussitôt, et le pansement n'était pas encore terminé que la petite malade avait repris sa gaieté habituelle, et jouait avec les personnes qui l'entouraient.

Le second jour, quoiqu'on eût négligé les moyens prescrits, il n'y avait ni douleur ni inflammation ; l'appareil étant humide, on se borna à mettre du typha.

Le troisième jour l'enfant était calme; l'appareil, étant mouillé, fut recouvert par un nouveau duvet, sans enlever celui qui était adhérent à la plaie.

Le sixième jour, le typha n'étant nullement mouillé, on ne fit que changer la compresse et la bande.

Le huitième jour, une odeur fétide s'exhalait de l'appareil. Lorsqu'on le leva, on vit un pus rougeâtre qui avait soulevé la croûte formée par le typha, et s'était écoulé vers la paume de la main, on l'essuya légèrement, et on introduisit du typha pour boucher l'ouverture.

Le neuvième jour, odeur moins forte. Voulant s'assurer d'où venait la suppuration observée la veille, on souleva une grande partie de la croûte, et on l'emporta avec les ciseaux ; mais l'on ne vit qu'une plaie vermeille occupant toute l'éminence thénar, et le derme détruit assez profondément ; au même instant la malade se plaignit d'une douleur vive, déterminée par le contact de l'air : l'on se hâta donc de couvrir la plaie avec du duvet, et la douleur disparut aussitôt.

Le dix-neuvième, la croûte, qui, la veille, ne tenait plus que par un pédicule étroit, était détachée, et laissa voir une cicatrice vermeille très unie ; la main, quoique guérie, fut encore enveloppée de duvet pendant quelque temps, pour la garantir du froid.

Il nous serait facile de multiplier ces exemples ; mais pour abréger, nous nous bornerons à rapporter le sommaire des observations les plus remarquables.

Obs. III. — Un fondeur eut le pied brûlé assez profondément par de la fonte en fusion. Amené à l'hôpital Saint-Antoine, il fut traité pendant six jours par les moyens ordinaires : au bout de ce temps, on le pensa avec le duvet de typha. Dès ce moment il y eut de l'amélioration, et la guérison fut prompte.

Obs. IV.— Un ouvrier de la monnaie, ayant sur le dos du pied une brûlure profonde produite par de l'argent en fusion, fut conduit dans ce même hôpital. Pansé immédiatement avec le typha, il y eut peu de douleurs, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Obs. V. — Dans le mois d'août 1830, un plâtrier, renversé par l'écroulement d'un four à plâtre, eut les deux jambes gravement brûlées, et dans une grande étendue. Des douleurs insupportables se firent sentir, et des accidens se manifestèrent jusqu'au vingt-sixième jour de la maladie; alors seulement on fit usage du typha, et dès cet instant il y eut un mieux sensible, et la guérison ne tarda pas à avoir lieu.

Obs. VI.— Un garçon boucher, ayant les deux pieds brûlés par de l'eau bouillante, fut amené à la maison de santé ; pansé immédiatement avec le duvet de typha, il sortit le dixième jour parfaitement guéri.

Obs. VII.— Un infirmier de Bicêtre renversa sur lui une énorme chaudière remplie de soupe bouillante. Ce liquide, en pénétrant ses habits, donna lieu à une brûlure profonde et étendue. Pansé à l'instant avec le typha, les douleurs s'apaisèrent, et la guérison fut complète au bout de cinq semaines.

Obs. VIII.— L'enfant de madame D..., en jouant auprès d'une cheminée, mit le feu à ses vêtemens; la mère, accourue à ses cris, le serra entre ses bras pour étouffer la flamme, qui se communiqua aussitôt à la manche de sa robe, et la consuma. La mère avait au bras, et l'enfant à la cuisse, une brûlure à peu près égale en largeur; mais la première était plus profonde. Cette dame, par une obstination fort commune et souvent nuisible aux malades, ne voulut pas consentir à ce que son enfant fût traité avec le typha, parce que c'était un moyen nouveau dont elle ne connaissait pas les effets ; mais elle n'hésita pas à se faire panser avec cette substance : sa brûlure fut complètement cicatrisée en trois semaines, tandis que l'enfant eut des accidens graves, et fut deux mois à guérir.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Note additionnelle au procédé pour réduire de petites quantités d'acide arsénieux ; par P.-H. Boutigny, pharmacien à Evreux.

Nous avons déjà fait connaître le procédé ingénieux proposé par un habile chimiste, M. Boutigny, pharmacien à Evreux, pour démontrer la présence d'un cent vingt-huitième de grain d'acide arsénieux. Quelques difficultés se présentaient dans son opération, il s'est appliqué à les faire disparaître, et il y est parvenu. Nous devons aujourd'hui donner une place à la note additionnelle qui complète son travail.

M. Boutigny avait employé, d'abord sans réussir entièrement, le potassium et le sodium ; alors il a eu recours au procédé de Berzélius et de Rose, et il en a obtenu le succès le plus complet.

Ce procédé, comme on sait, consiste à triturer la préparation arsénicale avec de la soude, et à soumettre le mélange à l'action d'un bon feu de réduction sur un support de charbon.

Il faut chauffer modérément, d'abord pour déterminer la fusion aqueuse du sel de soude, ensuite sa dessiccation, puis enfin la fusion ignée ; alors il faut cesser de chauffer, et se placer perpendiculairement sur le charbon qui exhale l'odeur alliacée que donne l'arsenic.

Pour s'assurer jusqu'à quel point ce procédé était infaillible, M. Boutigny a préparé, en arrière de ses élèves, quelques paquets d'un sel de soude contenant 1|128e de grain de sulfure d'arsenic. Il a traité ces mélanges comme il vient d'être dit, et toujours les élèves ont reconnu l'odeur de l'arsenic, encore bien qu'on cherchât à les induire en erreur, en leur disant à chaque opération que c'était une substance différente.

Nous allons laisser parler M. Boutigny lui-même sur le degré de certitude qu'offre l'ensemble de ce procédé.

Parvenu à démontrer la présence de si petite quantité d'acide arsénieux, par des moyens dont la précision ne peut être problématique, je croyais que je n'aurais plus à m'occuper de ce travail ; mais je me trompais. En effet, il a été dit : « Le procédé est bon, il est infaillible; mais on n'en retirera pas tous les avantages que l'auteur s'en promet; car il y aurait de la témérité à affirmer qu'un individu est mort empoisonné, si l'on ne retrouvait qu'une aussi faible quantité d'arsenic. » On ajoutait ensuite, comme corollaire, que l'arsenic pourrait bien, ainsi que le cuivre, se retrouver dans nos alimens ou boissons, et dans les vases qui sont employés à la confection de nos alimens.

Je sentis tout d'abord la haute portée de cette opinion, qui ne tendait à rien moins qu'à soustraire à l'action de la loi les empoisonneurs qui n'auraient pas été surpris *in flagrante delicto;* et, je l'avouerai, je partageai un instant cette opinion, ou plutôt cette erreur.

Je résolus alors de tenter de nouvelles expériences : mon attention se porta successivement sur le bismuth, l'antimoine, le sulfure d'antimoine et sur le blé.

On sait que le bismuth contient souvent de l'arsenic, et qu'il est employé par les chaudronniers ambulans pour polir les cuillers d'étain ; que l'antimoine et le sulfure de ce métal contiennent presque toujours de l'arsenic; enfin que le blé, dans quelques cantons, est plongé avant d'être semé, dans des solutions d'acide arsénieux et de chaux ou d'alun ou de vert-de-gris; etc. C'est ce qu'on appelle chauler le blé.

Partant de ces données, j'ai cherché à démontrer la présence de l'arsenic dans ces diverses substances, en employant pour cela le procédé que j'ai indiqué, et il me fut impossible d'obtenir seulement des traces d'arsenic d'une cuiller polie avec le bismuth.

Je l'ai cherché ensuite dans l'antimoine et dans son sulfure, après m'être assuré préalablement de son existence par le procédé de Sérullas. Il me fut encore impossible d'obtenir la moindre trace d'arsenic.

Enfin, je l'ai cherché dans le blé, sans plus de succès que dans les corps précédens. Voici comment j'ai opéré :

J'ai détruit la matière organique par l'acide nitrique, puis j'y ai fait passer un courant d'acide hydrosulfurique qui déterminait la formation d'un précipité qui variait singulièrement en quantité et en couleur, suivant l'espèce de blé ; ensuite j'ajoutais une grande quantité d'ammoniaque pour neutraliser l'acide et dissoudre le sulfure d'arsenic, s'il eût existé. Je filtrais et j'ajoutais assez d'acide hydrochlorique pour aciduler la liqueur; je recueillais le précipité, quand il y en avait ; je le triturais avec de la soude caustique ; puis je le soumettais à l'action de la chaleur dans un tube luté, et je terminais l'opération par les expériences que l'on connaît déjà.

Ces résultats négatifs me permettent maintenant de traiter avec succès la question d'empoisonnement par l'arsenic, quand on ne retrouve que des particules de ce corps.

Quelles conditions un expert chimiste doit-il remplir pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement par l'arsenic? Telle est, ce me semble, la question réduite à sa plus simple expression. Je répondrai qu'il n'en faut qu'une seule : la représentation de l'arsenic, ou la démonstration de son existence par des expériences infaillibles.

Pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, l'homme de l'art doit démontrer l'existence du poison à l'aide d'expériences chimiques rigoureuses, et ce serait méconnaître son devoir que de s'écarter d'un pareil principe (1). L'auteur célèbre auquel j'emprunte cette opinion ne dit pas : Il faut retrouver telle ou telle quantité d'arsenic; il dit seulement qu'il faut en retrouver; et il a raison, puisque l'on ne peut pas démontrer la présence de ce métal dans les substances ou dans les ustensiles, où l'on pouvait en soupçonner l'existence, où l'on savait même qu'il existait, mais dans un état de combinaison telle qu'il ne pouvait être mis en évidence à l'aide du procédé dont il s'agit.

Si l'on méconnaissait un pareil principe, et si l'on adoptait l'opinion que j'appellerai quantitative, on se jetterait dans un dédale inextricable, et la plupart des empoisonnemens resteraient impunis. Qui ne sait que, dans le plus grand nombre des cas, les vomissemens et les selles chassent la plus grande partie du poison, et qu'il est même arrivé que l'on n'a pu retrouver d'arsenic dans des cadavres d'individus

(1) *Leçons de médecine légale;* par M. Orfila, tome III, p. 1, 2 et 408.

qui avaient pris de l'arsenic en présence de témoins (1)? Et où en serions-nous s'il fallait admettre l'analyse quantitative dans des cas d'empoisonnement? Une pareille doctrine, si elle venait à s'établir, serait fatale à la société; car elle donnerait un brevet d'impunité aux empoisonneurs. Espérons qu'elle ne s'établira pas.

Mais je ne veux pas dire que l'on doive procéder de même à l'égard des autres poisons, et je crois devoir rappeler à cette occasion que les experts doivent être très circonspects dans les cas d'empoisonnement par le cuivre.

On a pu remarquer que j'écartais la question de crime pour ne m'occuper que de la question d'empoisonnement, qui seule peut nous être soumise, la première étant toujours du domaine de la justice et dépendante de causes morales. Il est bien important de ne jamais oublier cette distinction; car il peut y avoir empoisonnement sans que pour cela il y ait nécessairement crime. L'empoisonnement peut être le résultat d'une erreur, d'une étourderie ou d'un suicide.

L'expert chimiste serait donc blâmable s'il hésitait un seul instant à déclarer qu'il y a eu empoisonnement par l'arsenic, quand il retrouve ce corps, quelle qu'en soit d'ailleurs la quantité, pourvu toutefois qu'elle soit suffisante pour faire ressortir les propriétés qui caractérisent ce métal; et elle le sera toujours, quand il y en aura environ un cent-vingt-huitième de grain,

Nouveau mode de préparation de l'onguent populeum.—M. Leduc, pharmacien à Versailles, propose quelques modifications au procédé employé pour la confection de l'onguent populeum. Les voici :

Le codex prescrit de faire cette préparation en deux fois, en employant les bourgeons frais, puis on attend, pour achever l'onguent, que les autres plantes soient dans leur vigueur; cette méthode paraît vicieuse en ce que les bourgeons récents font moisir et rancir la graisse. Voici le mode de préparation qu'il a adopté :

Prenez: Bourgeons de peuplier noir, 2 parties.

(1) Orfila, ouvrage déjà cité.

Faites macérer pendant six heures sur un feu modéré dans :

Axonge de porc préparé, 12 parties.

Pendant ce temps pilez dans un mortier de marbre :

Feuilles récentes de pavots noirs, de belladone, de jusquiame noire, de morelle noire. } de ch. 1 partie.

Lorsqu'elles sont bien écrasées, mettez-les dans un sac de coutil, et exprimez-les fortement à la presse; recueillez le suc pour en obtenir, au moyen du feu, la chlorophylle, et mêlez-la aux plantes restées dans le sac; ajoutez alors le mélange à l'axonge avec les bourgeons de peuplier; faites bouillir à un feu modéré, en agitant de temps en temps, jusqu'à ce que toute l'humidité soit évaporée, et terminez comme le prescrit le codex.

Les plantes, ainsi privées de presque toute leur eau de végétation, sont plus facilement et plus promptement attaquées par le corps gras. Ce procédé, beaucoup plus prompt, donne un onguent toujours très beau, homogène, et n'étant point sujet à se moisir.

On peut préparer de la même manière les huiles de jusquiame, de nicotiane, celle dite baume tranquille, etc.; on en obtient le même résultat.

Nouveau mode de préparation du cérat de Galien. — M. Bréchot, pharmacien à Pontoise, prépare le cérat de Galien de la manière suivante :

Prenez : Huile d'amandes douces, 1 livre.
Faites-y fondre, cire blanche, 6 onces.

On verse dans un vase, et on remue jusqu'à ce que le mélange soit froid et exempt de grumeaux; on met ensuite par petites portions, au lieu d'eau de roses :

Émulsion faite avec l'eau de roses, 1 livre.

De cette manière, dit-il, l'union de l'eau aux corps gras est plus facile et plus intime: il n'y a pas de séparation, et le cérat se conserve bien plus longtemps.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

OCTOBRE, 1833.

RECHERCHES CHIMIQUES

Sur quelques substances quaternaires d'origine organique, Par J.-P. Couerbe.

Présentées à l'Académie des sciences, le 20 mai 1833.

La chimie organique a tellement fait de progrès depuis quelques années, grâce aux efforts infatigables des chimistes modernes, qu'une substance bien examinée il y a dix ans, peut encore servir de sujet à de longues discussions plus ou moins intéressantes; et cela se conçoit : les expériences se multipliant, sans cesse des faits inattendus se produisent, des lois nous sont dévoilées, et bientôt le corps, quoique ne changeant pas de nature, exige d'être envisagé sous une toute autre face qu'il ne l'avait été d'abord : l'asparagine, l'huile d'amandes amères en sont des exemples irrécusables. C'est donc imbu de cette vérité que j'ai entrepris l'étude nouvelle de quelques substances qui ont jadis donné matière à des travaux honorés de l'approbation de l'Académie.

L'analyse élémentaire des principes immédiats de nature végétale ou animale a fait des progrès immenses. L'on sait que les premiers chimistes qui se sont occupés de ces travaux brillans sont MM. Gay-Lussac et Thenard.

Pour parvenir à connaître la composition d'une matière organique, M. Gay-Lussac a imaginé plusieurs instrumens à l'aide desquels l'analyse élémentaire, autrefois si difficile, devient une chose très-ordinaire de laboratoire, et je suis persuadé, comme M. Dumas, que l'analyse d'une argile est plus difficile.

Lorsqu'on veut trouver le rapport des principes constituans d'une substance organique, d'après la méthode de M. Gay-Lussac, on la brûle par de l'oxide de cuivre, et on reçoit le gaz dans un gazomètre de forme particulière, connu de tous les chimistes. L'appareil est plein d'air, mais comme la disposition du gazomètre permet qu'on en tienne facilement compte, on ne s'en inquiète nullement.

Si le gaz qui se produit dans l'expérience était semblable à celui qui est contenu dans l'appareil, le problème serait entièrement résolu; mais l'instrument est d'abord rempli d'air, et après l'expérience, d'acide carbonique, ce qui serait indifférent s'il n'y avait pas dans les deux cas le phénomène de l'absorption; mais nous savons que ce phénomène accroît singulièrement d'intensité suivant la temprérature, la pression et la nature du gaz; que l'acide carbonique est plus condensé que l'air atmosphérique; que le gaz sulfureux l'est plus que le carbonique; et qu'il y en a d'autres qui le sont beaucoup plus que ce dernier. Quelques exemples d'ailleurs rendront claire la discussion.

Un tube d'une capacité de 45 centimètres cubes, chargé d'oxide de cuivre comme pour une analyse élémentaire, a été mis en communication à l'un des tubes de la pompe de M. Gay-Lussac, l'autre tube de cette pompe s'ajustait à celui du gazomètre du même auteur (1). On a fait le vide après avoir fermé le robinet du tube latéral de la pompe; après avoir lu sur l'éprouvette graduée la quantité d'air qu'elle renfermait, on a ouvert le robinet pour mettre en communication l'air de l'éprouvette avec le vide du tube; à l'instant le mercure s'est élancé dans le gazomètre, celui-ci a baissé, et l'absorption a été de 35 centimètres cubes; elle a été constamment la même dans toutes les expériences, que j'ai répétées un grand nombre de fois. J'ai fait ensuite l'expérience en emplissant le gazomètre d'acide carbonique sec, l'absorption d'abord a été de 37 centimètres cubes, et après 5 minutes de contact elle était de 39. Il est donc bien évident que l'oxide de cuivre a condensé plus d'acide carbonique que d'air atmosphérique.

Le phénomène de l'absorption par l'oxide de cuivre n'est pas très-marqué, et je l'aurais cru beaucoup

(1) On a eu le soin d'ajuster au gazomètre la douille de la pompe qui est munie d'un robinet, afin qu'en faisant le vide on n'aspirât pas le gaz de l'éprouvette, ce qui aurait occasioné l'ascension du mercure dans tout l'appareil.

plus grand ; mais j'observerai que l'oxide de cuivre dont je fais usage pour mes recherches est très-compacte et est comme cristallisé, il a une couleur plutôt bleue que noire et le soleil y fait facilement découvrir le brillant d'une cristallisation.

D'après ces faits, on doit nécessairement voir que dans une analyse élémentaire le même phénomène doit se produire et que les résultats doivent en souffrir plus ou moins; c'est aussi ce qui a lieu.

Toutefois, on peut, en modifiant le mode d'opérer, rendre l'appareil de M. Gay-Lussac on ne peut pas plus fidèle; j'ai fait par ce moyen de nombreuses analyses très-exactes. Si je dis exactes, c'est que je n'ai soumis à ce mode d'opérer que des matières d'une composition bien connue. Je vais le décrire succinctement.

Il consiste à prendre un tube en verre vert assez long, à mettre un mélange connu de la matière et de l'oxide de cuivre pur; à couvrir ce mélange, que j'appellerai premier tas, de deux ou trois pouces d'oxide de cuivre, à surmonter celui-ci d'une colonne de sable calciné de trois pouces, à placer enfin un mélange semblable au premier par-dessus la couche de sable; après avoir mis l'oxide de cuivre et un peu de cuivre métallique sur ce second mélange, on dispose le tube de combustion de manière à faire arriver son extrémité ouverte dans un cylindre de chlorure de calcium, et on réunit enfin ce dernier au gazomètre de M. Gay-Lussac, qui doit d'ailleurs être terminé à son sommet par une douille fermant à robinet. Quand l'appareil est parfaitement fermé, on procède à la décomposition du premier tas, qui est séparé du second par l'oxide de cuivre, le sable et un écran; le tube du reste est entouré de deux manchons de clinquant, un pour chaque tas, afin qu'étant séparés l'un de l'autre d'une couple de lignes, la chaleur n'arrive pas jusque sur le second tas, qui risquerait de subir un commencement d'altération. Quand cette portion est brûlée, que l'appareil s'est rempli de gaz, on ouvre le robinet du gazomètre et on le place dans sa première position, ce qui se fait sans la moindre difficulté. On referme le robinet et l'on procède à la décomposition du second mélange en chauffant cette fois-ci le tube dans toute sa longueur, et, après l'absorption, on note le volume du gaz. Il est constant que la condensation dans cette seconde expérience doit être semblable à la première, car le gaz qui s'est produit dans la seconde opération est de même nature que celui qui s'est produit dans la première; les circonstances étant les mêmes, l'analyse doit être exacte.

Tel est le procédé que je suivais, lorsque celui de M. Liébig vint à nous être connu en France; je ne tardai pas à l'étudier, et je vis bientôt que, par sa simplicité et la constance de ses résultats, il devait être préféré à tous ceux connus jusqu'à ce jour. Le procédé du même auteur, qui porte sur l'azote, n'est pas aussi simple, et je lui préfère celui si parfait de M. Gay-Lussac.

J'emploie quelquefois un autre moyen pour l'analyse des substances azotées, et, bien qu'il ne paraisse pas d'une précision rigoureuse à la description, les résultats qu'il produit sont cependant d'une justesse admirable; je l'emploi très-fréquemment, car il me dispense de répéter les expériences lorsque la rareté de la matière met dans l'impossibilité de les multiplier; et, comme c'est la méthode que j'ai suivie dans l'examen des substances qui font le principal sujet de mon mémoire, je vais en parler, mais brièvement.

Nous sommes convenus que, pour déterminer le carbone, le procédé de M. Liébig était, par sa grande simplicité et sa facilité d'exécution, tout ce qu'il y avait de plus parfait; je dois donc le conserver, mais disposer l'appareil de manière à tout recueillir pendant la combustion. Pour cela j'effile un tube de verre à un de ses bouts sous forme de queue, que je scelle et que je laisse horizontale au lieu de la relever comme le prescrit Liébig; je le purge de son humidité par les procédés connus. D'un autre côté, je fais le mélange de la matière avec de l'oxide de cuivre compacte et granulé; après avoir placé au fond du tube de l'oxide à gros grains, j'introduis le mélange que je recouvre d'oxide pur et d'un peu de tournure de cuivre calcinée; j'effile l'extrémité ouverte du tube en lui donnant la forme prescrite par M. Berzélius, j'adapte le tube de verre contenant du chlorure de calcium, puis l'appareil de M. Liébig, garni de potasse caustique et entièrement incolore; et enfin, à la suite de cet appareil, j'ajuste un tube à boule propre à recevoir le gaz; ce tube va se rendre sous une cloche graduée en centimètres cubiques, pleine de mercure. Ayant enveloppé le tube de combustion d'une feuille de clinquant, on peut s'occuper de la décomposition; mais auparavant je dispose un gazomètre de M. Gay-Lussac plein de mercure, on du moins sa cuve, tout près de la queue du tube et pouvant s'adapter à elle à l'aide d'une lanière de caoutchouc. Quand tout est ainsi préparé, que le tube est bien assujetti sur la grille, je brûle le mélange en suivant les règles prescrites à cet égard. La combustion finie, on se hâte d'ôter le feu de dessus la grille et on ne casse la queue du tube que lorsque le mercure menace de monter dans le tube conducteur de l'air azoté. Au moment où la queue vient de s'ouvrir, les deux liquides retombent, et l'air traverse si vivement tout l'appareil, que l'acide carbonique, par ce seul effet, arrive bulle a bulle dans la première boule du récipien. Pendant que ce phénomène se produit, on n'a pas à craindre que du gaz se perde; on s'occupe alors à réunir le tube du gazomètre à la queue de l'appareil de combustion, ce qui se fait facilement à l'aide d'une lanière de caoutchouc légèrement chauffée, puis on enfonce l'éprouvette avec précaution pour faire passer l'air nécessaire qui balaie et l'acide carbonique et l'azote; le premier est arrêté par la potasse et le second se rend dans l'éprouvette graduée avec l'air qui le conduit. On a soin d'ailleurs de faire passer l'air sur du chlorure de calcium. Une éprouvette de 180 centimètres cubes suffit toujours pour recevoir le gaz dans toute expérience de ce genre. Il ne reste plus, quand on en est là, qu'à prendre le poids du tube à chlorure pour avoir l'eau et par suite l'hydrogène, celui de la potasse pour avoir la quantité d'acide carbonique et du carbone, enfin qu'à analyser l'air par l'eudiomètre pour obtenir l'azote.

Nous verrons plus loin les résultats d'un semblable procédé comparés avec ceux obtenus d'après le procédé de M. Gay-Lussac. Ce moyen semble vicieux au premier abord en raison de l'altération que devrait subir l'air en passant dans le tube encore un peu chaud, et contenant beaucoup de cuivre réduit; j'avoue que, lorsque j'ai mis à exécution mon idée, je n'y ajoutai pas une grande importance; mais les résultats, chose singulière, s'étant toujours montrés constans, j'ai fini par avoir quelque confiance dans ce procédé.

La première matière que j'ai songé à examiner,

c'est la delphine, et je dois l'idée de ce travail à celui tout récent de M. Henry fils sur cette substance. L'analyse qu'en a donnée ce chimiste est loin de s'accorder avec la mienne ; mais j'en attribue la cause à la delphine même qui nous a servi dans nos expériences, et qui, très-probablement, n'était pas identique. Le mode d'obtention que j'ai suivi pour avoir la delphine, et que je vais indiquer, va d'ailleurs le démontrer suffisamment.

De la delphine.

Cette substance alcaline a été découverte par MM. Lassaigne et Feneulle ; ils l'ont obtenue en traitant le staphisaigre comme on traite l'opium pour en avoir la morphine ; mais, outre que ce procédé est un peu long, il n'est pas encore bien productif. Je vais décrire en peu de mots celui que j'ai suivi pour avoir celle que j'ai examinée, et que je considère comme parfaitement pure.

D'abord il est important de faire choix de staphisaigre, qui doit être gris ou tout au plus légèrement marron. Il existe dans le commerce un staphisaigre noirâtre qui est excessivement pauvre en delphine. Quand on a fait choix de la semence, on la brise pour la réduire en pâte, on l'épuise par de l'alcool à 36° et bouillant, on distille l'alcoolat pour en retirer ce liquide et obtenir un extrait que l'on traite comme il suit :

L'extrait que l'on obtient ainsi est d'un rouge noirâtre, de nature grasse et très-âcre. On le fait bouillir avec de l'eau acidulée sulfurique jusqu'à ce que celle-ci ne se colore plus sensiblement, ou mieux jusqu'à ce qu'un alcali minéral versé dans la liqueur ne donne aucun signe de précipité. Par ce moyen on enlève toute la delphine à l'état de sulfate impur, et on en sépare une grande quantité de graisse que l'on abandonne. En versant maintenant une solution de potasse ou d'ammoniaque dans le sulfate liquide et impur de la delphine, on en précipite cette base que l'on purifie de la manière suivante : on la traite par de l'alcool bouillant, on passe l'alcoolat au noir animal, on le filtre et on l'évapore pour obtenir la delphine, qui se trouve séparée de tout sel inorganique et assez pure pour le commerce. Quelquefois avant de la pulvériser on la sulfatise pour la précipiter de nouveau par un alcali afin de l'avoir sous forme de poudre instantanément. Ce moyen de pulvériser les matières de cet ordre est préférable au pilon en ce sens que la poudre est plus ténue, plus blanche et plus légère.

Telle est la delphine connue jusqu'à ce jour et qui ne diffère de celle que l'on trouve chez les fabricans de produits chimiques que parce qu'elle est déjà plus pure. Sous cette forme on peut retirer 55 à 60 grains de delphine par livre de staphisaigre ; mais ce produit ainsi obtenu n'est pas encore à son maximum de pureté, elle a besoin de subir l'action de quelques agens qui la séparent de plusieurs substances que nous allons examiner successivement.

La chimie organique est très-restreinte dans ses moyens : l'éther, l'alcool, l'eau, quelquefois les huiles, sont à peu près les corps que l'on peut employer pour extraire les élémens organiques ; on a très-souvent recours aussi aux acides faibles, aux alcalis étendus, mais avec une grande réserve, et souvent tous ces moyens ne débarrassent pas les corps de certaines substances, je ne sais de quelle nature, qui se dissolvent dans tous les agens et qui s'opposent à la séparation sous forme régulière de la matière que l'on cherche. Toutefois, à force de dissolutions et de précipitations successives, on finit par les blanchir au point de les confondre avec la substance elle-même ; de sorte que le degré de blancheur d'une substance n'est pas toujours en rapport avec son degré de pureté ; ce dont on s'aperçoit en les dissolvant dans les acides, car dans ce cas les dissolutions sont presque constamment colorées et rarement susceptibles de cristalliser ; tandis que certains alcalis, sensiblement colorés, peuvent être assez purs pour pouvoir donner, dans les mêmes circonstances, des solutions cristallisables.

La delphine obtenue par le procédé que nous venons d'indiquer contient encore des substances étrangères. Pour opérer la séparation de ces matières poisseuses, j'ai tenté un moyen qui m'a parfaitement réussi et que je regarde comme très-important en chimie organique, car son action paraît assez générale et peut s'appliquer dans tous les cas où une substance organique est salie par une matière de ce genre. Ce procédé consiste à dissoudre la delphine dans de l'eau acidulée par l'acide sulfurique, à filtrer la solution et à y verser goutte à goutte de l'acide nitrique ordinaire ou étendu de la moitié de son poids d'eau ; on en précipite par ce moyen beaucoup d'une matière résineuse rousse, souvent très-noire, et on décolore en grande partie le liquide qui est devenu, comme on doit le penser très-acide. On a le soin d'ajouter du nouvel acide jusqu'à cessation du précipité. Le phénomène est assez remarquable, car la température s'élève un peu et le précipité se forme comme il se formerait sous l'influence d'un alcali. Dans cette expérience il faut avoir soin d'étendre d'assez d'eau le sulfate, car sans cela la résine, en se précipitant, entraînerait de la delphine, comme je m'en suis assuré. On laisse alors le tout en repos pendant vingt-quatre heures ; au bout de ce temps, la matière résinoïde s'est collée au fond du verre et permet qu'en décantant le liquide on obtienne celui-ci assez clair pour que toute filtration soit inutile. On lave le flacon dans lequel s'est formé le précipité et on ajoute l'eau de lavage à la solution delphique ; on décompose alors celle-ci par la potasse étendue de beaucoup d'eau ; on la sépare par le filtre, on la la lave à plusieurs eaux, on la reprend par de l'alcool à 40°, on filtre de nouveau, on distille et on obtient une matière d'apparence résineuse, légèrement jaunâtre et très-alcaline, que l'on traite par de l'eau distillée bouillante pour en séparer un peu de nitre, puis enfin par l'éther qui dissout l'alcali et laisse un résidu que nous allons actuellement examiner.

Si on m'a bien suivi, on a dû voir que la delphine que j'avais obtenue d'abord n'était pas homogène, et qu'elle était composée de trois substances toutes solubles dans l'alcool et l'eau sulfurique, mais dont une se sépare de son sulfate par l'acide nitrique et produit en se séparant un éclaircissement dans le liquide ; les deux autres, précipitées ensuite par un alcali, se désunissent par l'éther qui dissout le véritable alcali organique, la delphine. La substance résineuse que l'acide nitrique sépare ne mérite pas une grande attention de notre part, attendu qu'elle ne présente aucun caractère remarquable.

Sans vouloir faire une étude bien longue de la substance soluble dans l'alcool et insoluble dans l'éther, je m'arrêterai quelques instans de plus que sur la substance précédente, attendu qu'elle jouit d'une acreté assez forte et qu'elle peut s'obtenir toujours identique d'après le procédé que j'ai indiqué. Je l'étudierai sous le nom de staphisain.

Du staphisain.

Le staphisain est solide à la température ordinaire, légèrement jaunâtre, entre en fusion à 200° centigrades. A une température plus élevée, il se décompose, laisse une quantité énorme de charbon et dégage des produits ammoniacaux.

L'acide nitrique lui fait perdre ses propriétés à l'aide de la chaleur et les transforme en une résine amère, acide, très-peu importante et qui se rapproche beaucoup de l'acide cholestérique par son aspect; comme lui aussi elle contient de l'azote. Le chlore, à la température ordinaire, n'offre non plus aucun phénomène; à 150°, il l'altère, le fonce en couleur, le rend très-cassant et lui enlève sa saveur âcre; le produit d'ailleurs est en partie soluble dans l'éther et l'alcool, et la liqueur ne jouit d'aucune âcreté commune au staphisain.

Les acides étendus le dissolvent à la manière des alcalis organiques, mais sans donner lieu à de véritables combinaisons salines.

L'eau se borne à dissoudre quelques millièmes de ce corps et acquiert une saveur âcre.

0,325 de staphisain ont donné :

d'acide carbonique.	0,866
contenant carbone.	0,2399
d'eau.	0,255
contenant, d'hydrogène.	0,0283

Dans cette même expérience, j'ai obtenu en poids, d'azote, 0,01865.

D'après la méthode de M. Gay-Lussac, j'ai obtenu pour 100, azote 5,82, nombre très-rapproché du premier, comme il est facile de le voir. En calculant l'analyse, on trouve pour composition de la matière :

		Atome	Analyse calculée.
Carbone.	73,566	16	73,89
Azote.	5.779	1	5,35
Hydrogène.	8,709	23	8,67
Oxigène.	11,946	2	12,09

De la delphine.

La delphine obtenue et purifiée d'après le procédé que j'ai indiqué, est d'un aspect légèrement ambré, acquiert par la division une couleur presque blanche; elle est solide, se dissout dans l'éther et encore mieux dans l'alcool, à peine dans l'eau à toutes les températures. Sa saveur est insupportable par son âcreté qui prend à la gorge et qui persiste longtemps dans son action. Elle ne cristallise pas.

Il faut une température de 120° pour la faire entrer en fusion, une plus forte chaleur la décompose et la charbonne, le charbon abonde comme résidu; et nous verrons plus loin qu'il se trouve en grande quantité dans cette substance.

Les acides étendus la dissolvent sans l'altérer; concentrés, ils la décomposent en agissant diversement; le sulfurique la rougit d'abord, puis la charbonne; le muriatique ne présente rien de semblable; le nitrique ne la dissout pas très-bien à la température ordinaire; à chaud, il se comporte à-peu-près comme avec le corps que nous venons d'étudier.

Le chlore est le corps qui semble agir d'une manière plus marquée sur la delphine; à la température ordinaire l'action est nulle, mais à 150°, à 160, il l'attaque vivement, la colore en vert, puis en brun foncé et la rend excessivement friable. Il se forme de l'acide hydrochlorique pendant l'expérience. La masse qui, comme on sait, était soluble dans l'alcool, ne l'est plus qu'en partie après l'opération; l'éther ne dissout aussi qu'une partie de cette matière qui est différente de celle que l'alcool a dissoute; il reste enfin un résidu pulvérulent d'une couleur marron foncé. Le rapport de l'azote au carbone dans ces trois composés est absolument le même : je l'ai trouvé dans l'un, comme 1 : 15,26, dans l'autre 1 : 15,30, et dans celui obtenu par l'éther comme 1 : 15,10. La différence est si petite qu'elle ne peut dépendre que de l'analyse.

Cette observation est assez importante et explique difficilement leur différence de solubilité et d'aspect; la partie soluble dans l'alcool colorait celui-ci en jaune foncé sale, la solution éthérée était rouge et le résidu insoluble d'une couleur roussâtre. Il est très-probable que l'oxigène n'était pas dans les mêmes proportions dans ces corps; en supposant qu'ils continssent encore de l'hydrogène, ou bien il faudrait supposer que les molécules ne sont pas également groupées dans ces produits et les considérer comme isomériques.

Je n'ai pas cru devoir faire une analyse complète de ces matières, attendu qu'elles ne présentaient pas de formes déterminées et qu'elles n'offraient d'autres caractères extérieurs que ceux qui appartiennent aux résines; si j'ai même poussé jusque-là l'examen de ces substances, c'était pour faire voir clairement quelle avait été l'action du chlore sur la delphine et quels avaient été les principes attaqués de préférence. L'analyse que je me suis borné à faire suffit, je crois, pour arriver à ce but.

En cherchant maintenant la composition élémentaire de ce corps, nous trouvons que 0,500 de delphine donnent

d'acide carbonique.	1.387
contenant carbone.	0,3835
d'eau.	0,400
contenant, d'hydrogène.	0,0444

Une autre analyse, sur une quantité de 0,258 de matière, a donné :

acide carbonique.	0,7148
eau.	0,206
air sur-azote.	120 cent. cubes.

La température étant à 12°, la pression à 76, cet air contenait à 0° et 0,76 de pression, azote en excès 11,88, dont le poids est de 15,06, ce qui fait pour 100 :

1re. Analyse.	carbone.	76,69
	hydrogène.	8,88
2e. Analyse.	carbone.	76,58
	hydrogène.	8,86
	azote.	5,84

Une autre expérience pour déterminer le rapport de l'azote au carbone, d'après la méthode de M. Gay-Lussac, c'est-à-dire en opérant la combustion dans le vide, m'a donné les résultats suivans : température 14°, pression 0,763, gaz obtenu d'une quantité inconnue de substance 340 centimètres cubes, dont 329 ont été absorbés par la potasse. A la tempéra-

ture de 0° et à 76 pression, la tension de la vapeur d'eau admise dans nos calculs, nous obtenons :

gaz absorbé.	327,97
contenant carbone.	179,80
azote en volume.	10,97
dont le poids =.	13,90

Ce qui donne enfin pour composition de la delphine :

		Composition atomique.
carbone.	76,69	27 = 2063,826
azote.	5,93	2 = 177,036
hydrogène.	8,89	38 = 237,120
oxigène.	7,49	2 = 200,000

Dans deux expériences que j'ai faites pour déterminer l'équivalent de la delphine, d'après le procédé de M. Liébig, j'ai obtenu les résultats suivans :

150 delph. ont abs.	26 de gaz hydr.	= p. %	17,33
271	48	=	17,71

Si l'on cherche maintenant l'équivalent de la matière en partant de la moyenne, on tire le chiffre 2597, j'abandonne les fractions, il nous suffit de ce nombre pour nous faire avoir quelque confiance en celui obtenu de l'analyse ultime de la matière et qui égale 2677,982. Calculant donc l'analyse d'après ce point atomique, nous obtenons : carbone 77,03, azote 6,61, hydrogène 8,86, oxigène 7,50.

De la vératrine.

La vératrine, base salifiable organique éminement sternutatoire, découverte par MM. Pelletier et Caventou, et, presque en même temps, par M. Meysner en Allemagne, se trouve dans l'ellébore blanc, dans la sévadille et probablement dans beaucoup d'autres plantes de ce genre. C'est une substance assez rare et difficile à obtenir d'après les procédés connus, surtout ceux qui indiquent le sous-acétate de plomb; mais si on applique le procédé que nous venons d'employer pour la delphine, elle s'obtient sans la moindre difficulté, et, en ne la purifiant pas par l'acide nitrique, chose entièrement inutile pour le commerce, on peut avoir grandement un gros de vératrine par livre de sévadille.

La vératrine obtenue par ce procédé n'est pas assez pure pour être étudiée, comme les expériences suivantes vont le démontrer.

Cette substance est sous forme de résine jaune, cassante et fusible; divisée elle paraît blanche; mais si on la dissout soit dans l'alcool soit dans l'eau acidulée, elle colore fortement en jaune les dissolutions, signe de son impureté, d'autant plus que la solution, quoi qu'on fasse, ne peut prendre aucune forme cristalline; si on étend d'assez d'eau le sulfate de vératrine tel que nous l'avons obtenu ci-dessus, et que l'on y verse par gouttes de l'acide nitrique, on détermine un abondant précipité noir et poisseux; en décantant le liquide après son éclaircissement et en le décomposant par de la potasse très-étendue d'eau, on obtient la matière alcaline qu'il suffit de laver à l'eau froide et de reprendre par de l'alcool à 40° bouillant pour l'avoir isolée de tout sel inorganique. On obtient alors une résine colorée légèrement en jaune qui contient au moins trois substances, dont une entièrement nouvelle, capable de cristalliser parfaitement bien. Pour séparer ces matières les unes des autres, je traite par l'eau bouillante la masse obtenue; ce liquide se colore en jaune, dissout beaucoup de matière en même temps que la matière nouvelle qui se décompose par le refroidissement sous forme de cristaux très-légèrement roses. Cette substance sera étudiée plus loin sous le nom de *sabadilline*, et je ferai voir qu'elle est parfaitement distincte de la vératrine. L'eau-mère ne contient que des traces de cette matière, que l'on achève d'enlever par les moyens connus, et contient beaucoup d'une substance qui se sépare à mesure que l'eau se concentre sous forme de gouttelettes huileuses nageant sur le liquide; l'évaporation complète donne cette matière résineuse ayant une couleur rougeâtre, très-âcre, et que j'étudierai d'une manière rapide sous le nom de *résinigomme* de sabadilline.

Après ce traitement par l'eau de l'extrait alcalin, on en fait un second par l'éther pur jusqu'à ce que ce liquide n'attaque plus rien de la substance; en abandonnant la solution à l'air libre dans un vase couvenable, on a pour produit une matière presque blanche analogue de la poix, et qui peut devenir cassante en la chauffant légèrement dans le vide. C'est la vératrine de MM. Pelletier et Caventou.

Enfin le résidu abandonné de l'éther singulièrement desséché : il est, comme on vient de le voir, insoluble dans l'eau et l'éther sulfurique. Il a été redissous par l'alcool, et celui-ci, chassé par la chaleur, a laissé la résine particulière qui recevra le nom de *vératrin*.

Du vératrin.

Ce corps est brun, insoluble dans l'éther et dans l'eau, solide à la température ordinaire et liquide à 185° centigrades; chauffé fortement, il se décompose en produisant des produits azotés. Il se combine aux acides étendus sans les saturer, et ne produit aucune combinaison de ce genre cristallisable. Son extraction est facile; le moyen que j'ai indiqué est fidèle et sur.

L'acide nitrique ne le transforme pas en acide oxalique ni en aucun autre. Le chlore ne présente pas non plus des phénomènes dignes de remarque.

Les alcalis ne se combinent pas à lui et le précipitent constamment de ses dissolutions acides.

Si l'on cherche le rapport des élémens qui constituent ce corps, et qu'on se serve à cet effet de l'appareil de M. Liébig, on obtient sur 0,350 de vératrin :

Acide carbonique.	0,84
contenant carbone.	0,2358
Eau.	0,227
contenant hydrogène.	0,0252

Ce qui donne pour 100 :

Carbone.	67,39
Hydrogène.	7,20

Une autre analyse sur 0,210 de matière m'a donné.

Acide carbonique.	0,501
Eau.	0,145

Air sur-azoté 75 centimètres cubes à 12° centi-

grades, 0,762 de pression. Ce gaz contenait pour 100 17 centimètres cubes d'azote en excès, qui se réduisent à 12,95 pour 75 centimètres cubes, qui donnent, le calcul fait, 13,9 d'azote en poids.

Cette analyse, pour l'azote, s'accorde parfaitement avec celle qui suit, et qui a été faite d'après la méthode de M. Gay-Lussac, car j'ai obtenu à la température de 16°, pression 0,755 d'une quantité inconnue de matière, 300 centimètres cubes de gaz, dont 288 ont été absorbés par la potasse, ce qui produit à 0° de température et à la pression exigée dans tous les calculs de ce genre, 10,70 d'azote et 265,38 d'acide carbonique; rapport qui donne pour 100 de vératrin 6,28, chiffre que l'on obtient d'ailleurs de la proportion suivante :

$$145 : 13,56 :: 67,39 : x = 6,28.$$

Cette analyse étant d'accord avec la première, je me servirai de la moyenne pour la calculer dans le système atomique. L'expérience ayant donné 67,39 de carbone, 6,28 d'azote, 7,20 d'hydrogène, 19,13 d'oxigène, on trouve que les atomes simples correspondans sont :

Carbone.	14	=	1042,132
Azote.	1	=	88,518
Hydrogène.	18	=	112,320
Oxigène.	3	=	300,000

L'analyse calculée d'après cette formule se trouve peu différente de celle trouvée par l'expérience, et le plus grand écart ne se fait guères sentir que sur l'azote, car j'obtiens :

Carbone.	67,67
Azote.	5,64
Hydrogène.	7,15
Oxigène.	19,54

De la vératrine pure.

Déjà nous avons dit un mot de cette substance et nous avons indiqué un moyen pour l'obtenir toujours identique, et, comme cette matière a été assez bien étudiée par MM. Pelletier et Caventou, je n'ajouterai ici que quelques propriétés échappées à ces auteurs.

La vératrine se présente sous forme de résine presque entièrement blanche et incristallisable, solide, friable et se fondant à la température de 115° centigrades. Les auteurs ont trouvé son point de fusion beaucoup plus bas; je ne sais d'où peut provenir cette différence de fusibilité. Ce corps réagit à la manière des alcalis sur la teinture de tournesol rougie. Il se combine aux acides et les sature, forme avec plusieurs des sels qui cristallisent. Cette base est presque insoluble dans l'eau; l'alcool et l'éther sont ses meilleurs dissolvans.

Le chlore ne présente pas de réaction curieuse avec cette substance.

J'ai dit que les acides formaient avec la vératrine des sels cristallisables; cette propriété n'avait pas été aperçue des auteurs de la découverte de cet alcali, car ils n'ont décrit aucun de ses sels, et personne, que je sache, depuis eux, n'en a fait la remarque; et, comme j'ai obtenu un sulfate et un hydrochlorate parfaitement purs, je vais en parler brièvement.

Sulfate de vératrine.

Le sulfate de vératrine s'obtient en triturant cette base avec un peu d'eau acidulée par l'acide sulfurique; à mesure que l'on agite, on voit la masse s'attaquer, s'épaissir beaucoup et prendre un aspect spumeux; quand toute la masse s'est revêtue de ce caractère, on peut considérer l'alcali végétal comme sulfatisé; alors on ajoute un peu plus d'eau et on chauffe au bain-marie pour obtenir une dissolution parfaite. On facilite le phénomène en acidulant le liquide. Quand le tout est dissout, on le passe au filtre et on l'abandonne à lui-même pour obtenir des cristaux. Au bout de deux ou trois jours seulement, on voit un commencement de cristallisation, quand elle est complète, on décante le liquide et on lave le sel, puis on le sèche sur du papier joseph.

Le sulfate de vératrine ainsi obtenu est en longues aiguilles très-déliées qui m'ont paru des prismes à quatre pans. Il se compose de

Vératrine.	100,00
Acide.	14,66

Lorsqu'on le chauffe, il se fond, perd son eau de cristallisation qui est égale à deux atomes, et se charbonne instantanément en dégageant des vapeurs blanches mélangées d'acide sulfureux.

Muriate de vératrine.

Lorsqu'on fait passer un courant de gaz acide hydrochlorique sec sur de la vératrine, que l'on dissout la masse dans l'eau sans la purger de son excès d'acide par un courant d'acide carbonique ou simplement d'air atmosphérique, ou bien qu'on muriatise cet alcali avec de l'acide hydrochlorique très-étendu d'eau, comme je l'ai indiqué pour le sulfate et que l'on abandonne la solution, on obtient dans l'un et l'autre cas des cristaux de muriate, mais moins durs et moins allongés que les cristaux de sulfate de la même base.

L'hydrochlorate de vératrine est très-soluble dans l'eau et dans l'alcool, se décompose très-facilement par la chaleur. Il est composé de

3418,554 de base	=	1 atome.
455,130	=	1

La vératrine a donné à l'analyse sur 0,500 de matière :

d'acide carbonique	1,28
d'eau	0,344

Ce qui produit pour 100 de cette substance :

Carbone.	70,786
Hydrogène.	7,636

Dans la même expérience, j'ai obtenu d'air surazoté, 127 cent. cub. (la température étant à 11°, la pression à 0,77) qui contenaient, d'azote en excès, 21,47, lesquels se réduisent, après avoir tenu compte de la chaleur, du poids de l'atmosphère et de la force élastique de la vapeur d'eau à 21,34, d'où je tire pour composition de la vératrine les nombres suivans :

Carbone.	70,786
Azote.	5,210
Hydrogène.	7,636
Oxigène.	16,368

Une deuxième analyse se rapproche singulièrement de la première, car j'ai obtenu pour 0,337 de matière :

Acide carbonique.	0,859
Eau.	0,233

D'un autre côté, une quantité inconnue de substance a produit à la température de 10,5 et à la pression de 0,765, gaz 681 centimètres cubes, dont 22 n'ont pas été dissous par la potasse, ce qui nous donne à 0° de température et de pression :

Acide carbonique.	629,88
contenant carbone.	345,30
Azote en poids.	26,63

Ce qui établit enfin pour seconde analyse, carbone 70,48, azote 5,43, hydrogène 7,67, oxigène 16,42.

La première analyse correspond à :

Carbone.	34 atomes	= 2598,892
Azote.	2	= 177,036
Hydrogène.	43	= 268,320
Oxigène.	6	= 6000,000

Si l'on rétablit les résultats en centièmes d'après cette formule, on obtient :

Carbone.	71,247
Azote.	4,850
Hydrogène.	7,510
Oxigène.	16,394

De la sabadilline.

La sabadilline s'obtient comme je l'ai indiqué plus haut; elle est sous forme de petits cristaux partant d'un centre et divergeant vers la circonférence, formant, par cette disposition, des espèces d'étoiles solitaires. La forme de chaque cristal est assez difficile à déterminer, elle m'a paru être hexaédrique.

Cette substance est blanche, d'une âcreté insupportable; la chaleur la décompose sans la sublimer; elle commence à entrer en fusion à 200°, alors elle s'offre sous l'aspect résineux et brunâtre. En élevant davantage la température elle devient noire, produit une légère fumée, puis se décompose entièrement en laissant, quand on opère dans un tube, un charbon considérable.

L'eau dissout assez bien la sabadilline au moyen d'une douce chaleur, et la laisse déposer sous forme de cristaux plus ou moins réguliers à mesure qu'elle se refroidit; mais il faut pour que la cristallisation se manifeste que la solution soit à un certain degré de concentration, ou qu'il y ait de la résinigomme dans la même solution.

Cette propriété de la sabadilline de se dissoudre parfaitement dans l'eau et de cristalliser, sont deux caractères qui la distinguent de la vératrine.

L'alcool est le meilleur dissolvant de la sabadilline; il en dissout plusieurs fois son poids, mais cet agent ne permet jamais à la matière de cristalliser; l'éther n'en dissout pas de traces; troisième caractère bien tranché qui la distingue encore de la vératrine, qui, comme nous venons de le voir, se dissout parfaitement bien dans l'éther.

L'acide sulfurique concentré la brunit et le charbonne; dilué convenablement, il forme avec la sabadilline un sulfate cristallisable. L'acide hydrochlorique se comporte de même et donne un hydrochlorate.

L'acide nitrique la décompose entièrement à chaud, la transforme en résine acide sans donner de trace d'acide oxalique.

Le chlore ne donne aucune réaction bien importante, il se borne à lui enlever son hydrogène et à la laisser sous forme de masse brune et friable.

La sabadilline est fortement alcaline et sature une quantité d'acide assez grande. Le sulfate contient :

Sabadilline.	100
Acide.	19

Analyse.

0,637 de sabadilline cristallisée chauffée dans le vide et à la température de 180° centigrades, ont perdu 0,061, ce qui se fait pour 100, 9,58.

0,612 chauffés dans les mêmes circonstances et à la même température, ont perdu 0,058 = pour 100, 9,49. Ces deux analyses présentent peu de différence et méritent d'être considérées comme exactes.

0,400 de cette substance fondue m'ont donné :

Acide carbonique.	0,93
Eau.	0,247

Ce qui donne pour 100 de cette matière :

Carbone.	64,287
Hydrogène.	6,850

0,372 ont donné :

Acide carbonique.	0,86
Eau.	0,232

d'où nous tirons pour le carbone le chiffre 64,09, et pour l'hydrogène 6,92.

Dans cette même expérience j'ai recueilli, la température étant à 12°, la pression à 76, air sur-azoté 130 centim. cubes qui contenaient pour 100, 97,78 d'azote, et par conséquent 18,78 de ce gaz en excès, et 24,41 pour 130, qui, à 0° de température et de pression se réduisent à 23,31, dont le poids est de 29,545 pour 372 de sabadilline, et de 7,94 pour 100.

Une autre analyse d'après la méthode de M. Gay-Lussac a produit, à la température de 9,2 et à la pression de 0,765, 157 centimètres cubes de gaz; 149 ont été dissous par la potasse à 0°76 pression, le gaz obtenu se réduit à 152,71, et le résidu d'azote à 7,77 pesant 9,84. A l'aide de la proportion 79,456 : 9,84 : : 64,287 : x = 7,961; on tire pour quatrième terme un nombre peu différent de celui que j'ai obtenu dans la première expérience qui a été faite d'après ma méthode; en effet, dans les deux cas le rapport de l'azote au carbone est comme 1 : 8, ce qui nous permet d'établir pour composition de la sabadilline les nombres suivans qui proviennent de la moyenne :

		Atomes.	Analyse calculée.
Carbone.	64,18	20	64,55
Azote.	7,95	2	7,50
Hydrogène.	6,88	26	6,85
Oxigène.	20,99	5	21,10

L'équivalent de la sabadilline tiré de la capacité de saturation de ce corps pour l'acide sulfurique est égal à 2637,684. Il est bien loin d'être d'accord avec l'atome trouvé directement de l'analyse ultime de la matière qui est de 2368,036; mais si l'on admet dans ce corps deux atomes d'eau, comme les analyses précédentes sembleraient l'indiquer (1), on obtient un chiffre peu différent du premier; en effet il est égal à 2593. D'après cette manière de voir, la matière nouvelle se combinerait aux acides à l'état d'hydrate, et sa véritable formule serait $C^{20} + Az^2 + H^{30} + O^7$, ou si l'on aime mieux, $C^{20} \times Az^2 + H^{26} + O^5 =$ sabadilline anhydre $\times Aq^2 =$ sabadilline cristallisée (bi hydrate de sabadilline), telle qu'elle semble se trouver dans ses combinaisons.

Il semblerait aussi, d'après cette manière d'envisager le phénomène, que l'eau entrerait dans celui de l'alcalescence. Ce qu'il y a de certain, c'est que de la sabadilline anhydre dissoute dans de l'alcool absolu présente à peine une réaction alcaline, tandis que la sabadilline cristallisée, dissoute dans le même alcool, réagit vivement à la manière des alcalis. Ce phénomène est bien singulier sans doute, mais, d'après tout ce que nous connaissons maintenant sur la présence ou l'absence de l'eau dans les principes immédiats, il n'a rien qui doive nous étonner, ce n'est qu'un fait à côté d'un autre, et bientôt, n'en doutons point, il viendra s'en grouper un grand nombre, peut-être plus surprenans, et qui prouveront que, bien que l'eau soit un liquide indifférent, il a néanmoins la faculté de disposer les molécules des corps à acquérir des propriétés qu'elles ne présentaient pas d'abord, soit en changeant leur arrangement, soit en agissant comme conducteur des propriétés.

De la résinigomme de sabadilline, ou mono-hydrate de sabadilline.

On vient de voir que la sabadilline pouvait être considérée comme une base à deux atomes d'eau. La matière que j'ai annoncée sous le nom de résinigomme, bien qu'elle ne perde rien sous le vide, pas même lorsqu'on la chauffe, présente cependant une composition telle qu'elle peut être considérée comme un atome de sabadilline anhydre, plus un atome d'eau, comme on le verra plus loin; mais l'eau dans cette substance s'y trouverait en combinaison intime et différemment que dans la sabadilline cristallisée, au point qu'on ne peut pas dire précisément si elle y existe à l'état d'eau ou à l'état d'oixigène et d'hydrogène séparés; il est tout à présumer que c'est dans cette dernière condition qu'elle s'y trouve. Quoi qu'il en soit, je me plais à m'abandonner pour le moment aux idées du jour, et m'abstiens de toute réflexion à cet égard, persuadé que bientôt tous ces phénomènes s'éclairciront.

La sabadilline monohydratée (résinigomme) est une substance très-soluble dans l'eau; elle est rougeâtre, susceptible d'acquérir sous le vide, lorsqu'on la chauffe légèrement, une apparence spongieuse d'une friabilité parfaite; elle possède des caractères d'alcalinité, elle sature à peu près autant d'acide que la substance précédente, mais ne cristallise pas avec ces corps comme la sabadilline. Les alcalis la précipitent toujours de ces combinaisons salines et ne se combinent pas avec elle. Elle entre en fusion à 165°.

L'alcool dissout ce corps avec la plus grande facilité; l'éther de traces.

Les acides nitrique, sulfurique et hydrochlorique ne présentent rien de remarquable en réagissant sur cette substance.

D'après ce que je viens de dire, on prévoit facilement quel doit être le rapport des principes constituans de ce corps; toutefois, je vais, sans aucun détail analytique, donner la moyenne de deux analyses faites avec le plus grand soin et toujours d'après les principes plus haut exposés.

		Atomes.	Analyse calculée.
Carbone.	60,998	20	61,63
Azote.	7,230	2	7,13
Hydrogène.	7,251	28	7,04
Oxigène.	24,521	6	24,20

Les alcaloïdes, comme les alcalis minéraux, se combinent avec les acides dans des rapports simples, c'est un fait bien prouvé par tout ce que nous savons sur ces corps jusqu'à présent; car je ne sache pas qu'aucune expérience nette soit venue contredire cette importante loi; il faudrait donc se déclarer tout-à-fait réfractaire au système des proportions définies pour admettre, sans faits, qu'il n'en est pas ainsi. Il serait donc assez agréable de pouvoir représenter par une formule simple les combinaisons des alcalis végétaux avec les acides.

M. Berzélius, à qui nous devons la manière ingénieuse de représenter les corps par des formules, a choisi le signe — pour représenter les acides végétaux; il place ce trait sur l'initiale de l'acide; ainsi l'acide acétique est offert par $\overline{A}$, l'acide oxalique par $\overline{O}$, etc. M. Berzélius ne nous a point dit pourquoi il a choisi ce signe plutôt qu'un autre; mais il est probable que c'est parce que les acides jouissent de l'électricité en moins. Partant de cette idée, je proposerai de représenter les alcalis organiques de la même manière; mais en plaçant sur leur initiale le signe +, par ce moyen on pourrait établir des formules courtes et intelligibles. Je vais, d'après cette règle, formuler les sels que je viens de faire connaître, et ces exemples suffiront pour tous les sels à base organique (1).

$\overset{+}{De} + \underline{Ch}\ \underline{H} =$ hydrochlorate de delphine.

$\overset{+}{V} + \overset{\cdots}{S}\ Aq^2, =$ sulfate de vératrine.

(1) En calculant les analyses précédentes on trouve 2 at. 1/4 d'eau de cristallisation pour 2368 de sabadilline; mais il est tout à présumer qu'il me sera échappé quelque erreur, et que la sabadilline ne contient véritablement que deux atomes d'eau.

(1) Je ferai remarquer que tous ces sels ainsi formés sont légèrement acides; mais que cet excès d'acide est indispensable à leur formation, d'où j'ai droit de les considérer comme neutres et de partir de ces composés pour établir l'équivalent des bases qui les constituent, d'autant plus que la proportion d'acide est constante.

$\overset{+}{Sa} + Aq^2 + \overset{\cdots}{S}\,Aq^4 = \overset{+}{Sa} + \overset{\cdots}{S}\,Aq^6 =$ sulfate de sabadilline.

$\overset{+}{Sa} + \overset{\cdots}{S}\,Aq^3 =$ sulfate de résinigomme (monohydrate de sabadilline).

Parmi les substances que je viens d'examiner, et dont plusieurs m'appartiennent, il n'en existe aucune qui présente de ces phénomènes remarquables qui expliquent souvent des anomalies bizarres que l'on rencontre fréquemment dans le règne organique; je n'ai dans mon mémoire aucune transformation curieuse; mais il est à remarquer que ces phénomènes s'observent presque toujours sur les substances qu'il est convenu d'appeler neutres, et rarement sur les matières négatives ou positives; ainsi, tous les chimistes connaissent les belles observations de M. Liebig sur l'huile d'amendes amères; celles plus anciennes de M. Dumas sur l'oxamide et qui ont servi de type; celles toutes récentes de MM. Bourtron-Charlard et Pelouze sur l'asparagine; enfin, j'ai moi-même fait connaître une substance qui, sans présenter le brillant des matières que je viens de nommer, s'est offerte à nous comme une sorte de Protée (la méconine); eh bien! toutes ces substances ne sont-elles pas parfaitement neutres? Aucune parmi elles ne sont ni acides ni alcalines, au point qu'on les prendrait pour des combinaisons.

Les corps que je viens d'examiner dans mon mémoire jouissent presque tous d'une certaine alcalinité, et il semble qu'étant revêtus de ce grand caractère ils doivent être privés de tout autre. Quoi qu'il en soit, l'alcalinité des matières organiques est un fait bien remarquable que les chimistes n'ont pas encore expliqué, et je doute que l'on y parvienne jamais; en effet, il me semble qu'il est aussi impossible de dire pourquoi la quinine est alcaline, qu'il l'est d'expliquer la légèreté de l'hydrogène et l'infusibilité du platine. Ce sont des propriétés qui font reconnaître le corps, mais la cause des propriétés sera à toujours inconnue.

Plusieurs chimistes, avec M. Robiquet, ont pensé que cette propriété alcaline appartenait à de l'ammoniaque qui se trouvait dans la matière, l'analyse ayant démontré constamment de l'azote dans les alcalis végétaux; sans doute il semblerait que l'azote entrerait pour beaucoup dans ce phénomène; mais l'on sait avec quelle sagacité cette opinion a été combattue par MM. Dumas et Pelletier qui sont venus avec des chiffres infirmer cette manière de voir. M. Liebig, célèbre chimiste allemand, que j'ai cité tant de fois dans mon mémoire, a fait il y a peu de temps une remarque bien curieuse qui parlerait en faveur des idées de M. Robiquet sur l'alcalinité de certaines substances végétales; il a observé que tous les alcalis végétaux contenaient deux atomes d'azote, quantité absolument la même que celle qui se trouve dans l'équivalent de l'ammoniaque. Cette observation est bien curieuse sans doute, mais elle n'explique pas encore le phénomène qui nous occupe, car nous trouvons plusieurs substances contenant deux atomes d'azote sans qu'elles soient pour cela revêtues du caractère de l'alcalinité; quant à moi, je croirais aisément que, si l'azote était à l'état d'ammoniaque dans le corps, il suffirait de faire un sel avec l'alcaloïde pour le décomposer et éliminer l'atome d'ammoniaque, et, dans ce cas, la matière ne pourrait contracter aucune combinaison de ce genre, tandis qu'il n'en est pas ainsi.

Sans vouloir prétendre expliquer ce phénomène, je suis comme persuadé que tous les élémens qui composent le corps concourent à le produire, et que la cause en est plutôt physique que chimique: je veux dire que l'alcalinité dépend entièrement de la forme et du groupement des atomes, et je croirais volontiers encore que, dans les alcalis organiques, les élémens simples sont groupés de telle manière que la molécule qui en résulte possède une forme toute particulière qui serait la même pour toutes les alcaloïdes: qu'il en est enfin de ce phénomène comme de celui si surprenant de l'électricité, qui peut, en s'élançant du même corps, se présenter à nous de deux manières différentes, selon que le corps qui le produit est poli ou dépoli.

Du reste, cette diversité d'opinions prouve dans quelle ignorance nous sommes quand nous voulons expliquer le jeu des êtres qui nous entourent; elle prouve aussi que le chimiste philosophe n'est pas toujours celui qui se livre aux douces rêveries ou spéculations théoriques du cabinet; mais bien celui qui, dans son laboratoire, s'abandonne aux recherches pénibles afin d'entasser faits sur faits, sauf plus tard à coordonner les phénomènes qu'il a observés afin d'en dérouler les conséquences, soit pour appuyer la théorie existante, soit pour établir un système nouveau.

EXTRAIT DES ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Janvier, février, mars et avril 1833.

Recherches chimiques sur la nature des fluides élastiques qui se dégagent des volcans de l'équateur.

M. Boussingault pense que pour se former des idées précises sur les substances qui existent dans l'intérieur de la terre, sur le rôle que ces substances peuvent jouer dans les volcans, et sur la valeur des hypothèses qui ont été successivement proposées pour expliquer les phénomènes volcaniques, il faut nécessairement connaître la nature des vapeurs exhalées par les cratères. Ce savant s'est transporté auprès des cratères des volcans de l'équateur, actuellement enflammés, pour y établir son laboratoire. La conformité des résultats analytiques des vapeurs qu'il a recueillies, près de sept bouches différentes, l'ont conduit à conclure:

1° Que les fluides élastiques qui se dégagent des volcans de l'équateur sont les mêmes dans les différens volcans: de la vapeur d'eau en très-grande quantité, du gaz acide carbonique, du gaz hydrosulfurique, quelquefois de la vapeur de soufre;

2° Que l'acide sulfureux et l'azote qui se rencontrent dans les cratères de ces volcans doivent être considérés comme substances accidentelles.

3° Que l'acide hydrochlorique, l'hydrogène et l'azote ne font pas partie des gaz qui se dégagent des volcans de l'équateur.

Considérations sur les eaux thermales des Cordilières, par le même.

Les géologues sont encore divisés sur la cause de la chaleur des eaux thermales. L'hypothèse de M. de Laplace, fondée sur la température élevée de l'intérieur de la terre, parait confirmée par des faits observés sur plusieurs points des Cordilières. Ainsi, on croit remarquer que la température des

eaux thermales est d'autant moindre que leur hauteur absolue est plus considérable.

Dans le voisinage des volcans, cette régularité dans le décroissement de la température des eaux thermales n'existe plus, et il paraît que la cause locale qui occasione le phénomène volcanique a une influence marquée sur la température de ces eaux. Il devient alors extrêmement intéressant de déterminer si les sources thermales ont leur origine dans les foyers volcaniques; c'est ce qui paraît vraisemblable, et ce dont on s'assure en déterminant leur composition chimique, et surtout celle des gaz qu'elles contiennent.

On y trouve en général les carbonates de chaux, de magnésie, de fer, les chlorures de calcium, de sodium, les sulfates de soude, de chaux, de magnésie, des traces de silice; et les gaz qui se dégagent de toutes sont un mélange de gaz carbonique et hydrosulfurique, ou les mêmes que ceux qui se dégagent des cratères. Il est donc vraisemblable que les eaux thermales voisines des volcans doivent leur température aux feux souterrains.

Sur l'emploi et la préparation de l'acide formique, par M. J.-W. Döbereiner.

Lorsqu'on fait agir (1) l'acide sulfurique et le peroxide de manganèse sur le sucre pour obtenir de l'acide formique, on donne en même temps naissance à une matière éthérée, qui, lorsqu'elle est isolée, offre l'apparence d'une huile, et possède l'odeur d'un mélange d'huiles de cassia et d'amandes amères.

La réduction des métaux nobles, par l'acide formique, se fait presque instantanément, si l'on porte la dissolution à une température voisine de l'ébullition et qu'on y mêle un formiate alcalin : le métal se précipite en entier et en poudre très-divisée.

Le chloride de mercure, traité de la même manière, n'abandonne pas de mercure mais bien du chlorure de mercure en poudre impalpable. Le chlorure de mercure sublimé peut être privé, par l'ébullition avec un formiate, de tout le chloride qu'il contiendrait.

La propriété que possède l'acide formique de réduire par la voie humide les oxides des métaux nobles, en se transformant en acide carbonique, sert à le distinguer de l'acide acétique. L'acide acétique précipite la dissolution de proto-nitrate de mercure en acétate de mercure cristallin; l'acide formique ne semble l'altérer que si l'on chauffe, mais c'est du mercure métallique qui se précipite.

Le procédé le plus avantageux, pour se procurer cet acide, repose sur une oxidation partielle du sucre.

On dissout une partie de sucre dans deux parties d'eau; on mêle la dissolution dans la chaudière d'un alambic en cuivre avec trois parties de péroxide de manganèse pulvérisé; on chauffe à 60°, et on ajoute peu à peu, en agitant, un mélange de trois parties d'acide sulfurique concentré et de trois parties d'eau. Après l'addition du premier tiers de l'acide étendu, il se produit une vive effervescence qui nécessite l'emploi d'un vase quinze fois plus grand que celui du mélange; on place alors sur l'appareil son chapiteau que l'on unit au réfrigérant. Lorsque l'effervescence est calmée, on ajoute le reste de l'acide sulfurique et on distille presqu'à siccité. Le produit acide est neutralisé par la craie. En l'évaporant dans une cornue munie d'un récipient, on obtient une matière éthérée qui est dissoute dans l'eau et que l'on recueille en distillant le produit sur du chlorure de calcium.

Une livre de sucre fournit assez d'acide formique pour saturer 5 à 6 onces de carbonate de chaux. Le résidu est du sulfate d'oxidule de manganèse, de l'acide malique artificiel, et une sorte de matière extractive. On peut employer le sulfate de manganèse au lieu de celui de fer dans la teinture pour désoxider l'indigo.

Pour obtenir de l'acide formique concentré ou de l'éther formique, on sature l'acide formique qu'a produit le sucre avec du carbonate de soude; on évapore la dissolution saline jusqu'à siccité, et on distille sept parties du sel sec et réduit en poudre, soit avec dix parties d'acide sulfurique concentré et quatre parties d'eau, soit avec un mélange de dix parties d'acide sulfurique concentré et six d'esprit-de-vin parfaitement rectifié. L'éther formique, qui se forme dans ce dernier cas, doit être agité avec un peu de magnésie calcinée, s'il est acide; avec un peu d'eau pour enlever l'alcool; on le dessèche sur du chlorure de calcium. L'éther formique, au contact de l'eau, se décompose en acide formique et alcool; mêlé à de l'acool aqueux, une partie d'éther pour trois d'esprit-de-vin rectifié, il se conserve sans altération.

La salicine paraît être de toutes les substances végétales celle qui fournit la plus grande quantité d'acide formique, lorsqu'on la soumet à l'action de l'acide sulfurique et de l'oxide de manganèse.

(1) Ce procédé aurait dû précéder la publication de l'article du dernier numéro, page 485, auquel il faudra se reporter.

Sur l'odeur développée par l'action de l'acide sulfurique sur le sang, par M. Matteucci.

L'auteur a cherché à préciser la nature du principe odorant développé dans le sang par l'acide sulfurique. Ce principe étant dégagé par un acide, il était naturel de le croire existant à l'état salin et dans le sérum. Le sang de chèvre est celui sur lequel il a opéré. Le sérum concentré a été traité par l'acide sulfurique dans un appareil distillatoire. Le produit distillé n'est qu'un mélange d'acide lactique, d'un acide gras volatil, analogue à l'acide caproïque de M. Chevreul, et de traces d'acides hydrochlorique et sulfurique.

Sur l'acide sulfovinique, par M. Magnus.

MM. Wohler et Liébig avaient admis que le sulfovinate de baryte desséché à l'air ne retient que deux atomes d'eau, ou la quantité convenable pour transformer en alcool l'hydrogène bi-carboné (éthérine) qu'il contient. Ces chimistes regardent cette eau comme essentielle à la composition du sel, qui pour eux ne retient pas d'eau de cristallisation. (Voir Journal de pharmacie, tome XVIII, page 731.) M. Magnus s'est assuré, au contraire, que ce sel desséché avec précaution à 62°,5, abandonne jusqu'à 3,68 pour 100 d'eau, avant de se décomposer, et d'ailleurs, en calculant sa composition d'après l'hypothèse qu'il contient trois atomes d'eau au lieu

de deux, on obtient des nombres qui concordent beaucoup mieux avec les résultats obtenus par MM. Wolher et Liébig que ceux qu'ils ont adnis eux-mêmes. Ce sel retient donc en effet un atome d'eau de cristallisation, et la formule sera :

Alcool.

$$\dddot{S}\,\dot{B}a + (\dddot{S} + 2\,C^2\,H^4) + 2\,\dot{H} + Aq.$$

L'acide sulfovinique ne se forme à la température ordinaire qu'en faisant agir l'acide sulfurique concentré sur l'alcool, et on en obtient le plus possible en employant de l'alcool absolu : au contraire, l'acide sulfurique anhydre, mis en contact avec de l'alcool absolu ou avec de l'éther, ne donne point d'acide sulfovinique dans cette circonstance. Dans la formation de l'acide sulfovinique par l'alcool absolu et l'acide sulfurique concentré, il se produit toujours une quantité correspondante d'acide hydraté ; l'acide dans cette circonstance, se partage en deux parties égales pour former d'une part de l'acide hydraté, et de l'autre de l'acide sulfovinique ; il faut par conséquent que l'acide sulfurique qui se trouve avec l'acide sulfovinique ($2\,\dddot{S} + \dot{C}4\,\dot{H}8 \times 2\,\dot{H}2$), contienne deux atomes d'eau $2\,(\dddot{S} + 2\,\dot{H}2)$.

Si l'acide sulfovinique était formé d'éther et d'acide sulfurique anhydre, il faudrait alors que l'acide sulfurique hydraté enlevât à l'alcool lui-même un atome d'eau, et finalement il contiendrait cinq atomes d'eau pour deux d'acide ($2\,\dddot{S} + 5\,\dot{H}2$), relation invraisemblable.

Lors même qu'on emploie un grand excès d'alcool, il n'y a jamais que la moitié de l'acide sulfurique qui s'y combine. Il s'en suit que si l'acide sulfurique contient deux fois autant d'eau que l'acide concentré, il n'exerce plus d'action sur l'alcool à la température ordinaire.

Il résulte de tous ces faits que l'acide sulfovinique est une combinaison d'acide sulfurique anhydre et d'alcool absolu.

De l'action de l'acide sulfurique anhydre sur l'alcool et l'éther, par le même.

Lorsqu'on fait passer lentement de l'acide sulfurique anhydre dans de l'alcool absolu, en évitant l'élévation de température, tout l'acide est absorbé par l'alcool, et il se forme un liquide oléagineux sans dégagement de gaz. Si l'alcool est en quantité suffisante, le liquide se mêle à l'eau sans dégagement de chaleur. La baryte fait naître dans ce mélange un abondant précipité de sulfate de baryte, et donne naissance à un sel soluble qui diffère du sulfovinate de baryte par son insolubilité dans l'alcool, sa résistance à cristalliser et sa décomposition par l'eau, qui ne produit pas d'huile douce.

La composition de ce sel peut être représentée par la formule :

$$2\,\dddot{S} + \dot{B}a + C^4\,H^4 + H^2$$

Ou en poids par

Acide sulfurique.	41,293
Baryte.	39,421
Carbone.	12,596
Hydrogène.	2,057
Eau.	4,634
	100,000

On peut conséquemment considérer l'acide comme composé d'acide sulfurique anhydre et d'éther.

Dans cette expérience, trois parties d'acide sulfurique se combinent aux élémens de l'alcool moins la moitié de l'eau, et une partie s'empare de l'autre tre moitié de l'eau pour former la combinaison $\dddot{S} + 1\,172\,\dot{H}2$.

En faisant passer de l'acide sulfurique dans de l'éther, on obtient un liquide jaune analogue à celui que fournit l'alcool. Il se mêle avec l'éther dans toutes proportions ; l'eau cependant en sépare cet éther en excès, et en même temps de l'huile de vin contenant de l'acide sulfurique. Le liquide aqueux, traité par la baryte, fournit du sulfate de baryte et un sel de baryte soluble qui est composé comme celui qui a fourni l'alcool absolu.

L'acide contenu dans ce sel se décompose avec la plus grande facilité ; en le faisant bouillir et en le saturant de nouveau par la baryte, on obtient, outre du sulfate de baryte, un nouveau sel distinct des deux précédens physiquement, mais chimiquement de la même manière ; ce sel et les précédens sont isomériques.

Ce sel anhydre cristallise facilement dans l'eau ou l'alcool, il résiste à une température de 200° c. Chauffé, il se décompose en se boursoufflant, dégage un liquide d'une odeur analogue à celle de l'huile de xantogène de Zeise. Mêlé au chlorate ou au nitrate de potasse et chauffé, il détonne violemment.

On voit qu'il existe trois combinaisons d'acide sulfurique et d'hydrogène carboné (éthérine) ; toutes trois sont des acides et deux sont isomériques (acides éthionique et iséthionique.)

Considérations générales sur le phénomène des cavernes à ossemens.

Dans ce travail, M. Tournal fils résume et discute habilement ce que l'on sait aujourd'hui sur ce phénomène si curieux. Voici les conclusions qu'il tire de divers travaux déjà publiés et des siens propres :

1° Les ossemens ensevelis dans les cavernes y ont été introduits de diverses manières, soit que les animaux en fissent le lieu de leur retraite, soit qu'ils vinssent y dévorer leurs proies et y disperser leurs ossemens, etc.,

2. Les espèces varient d'une localité à l'autre, ce qui tient à l'époque du comblement ou à la position géographique de la caverne ;

3°. L'homme a été contemporain des espèces d'animaux perdues ensevelies dans le limon des cavernes, et qui sont regardés par tous les naturalistes comme fossiles ; l'homme existe donc à l'état fossile ;

4°. Le limon et les cailloux des cavernes à ossemens n'ont pas été introduits dans ces cavités par une cause brusque et passagère, par un déluge enfin,

mais y ont été introduits presque toujours lentement et de plusieurs manières différentes ;

5°. L'examen attentif des cailloux renfermés dans ce limon prouve qu'ils ont été entraînés des localités voisines, la cause qui les a transportés était donc tout-à-fait locale ;

6°. La période pendant laquelle les cavernes à ossemens ont été comblées a été très-longue ;

7°. Dans certaines cavernes, ces divers objets ont été introduits simultanément ; dans d'autres, le limon a été introduit plus tard et y a surpris les ossemens.

Les animaux, trouvés dans les cavernes du midi de la France, sont les suivans : éléphant, rhinocéros, sanglier, cheval, bœufs deux espèces, cerfs cinq espèces, antilope d'une très-grande taille, chamois, chèvre mouton, ours deux espèces, blaireau, tigre, lion, léopard, lynx, hyène, fossile, hyène rayée, hyène brune, chien deux espèces, loup renard, putois, fouine, lièvre, lapin, lagomir, campagnol, oiseaux divers, tortue terrestre, lézard, couleuvre. On rencontre les mêmes animaux fossiles dans les cavernes de l'Angleterre, mais on y a trouvé de plus l'hyppopotame, qui existe aussi dans les cavernes de Syracuse ; à Sandwick, en Westphalie, on a découvert le glouton.

Mémoire pour servir à l'histoire des assolemens par M. Macaire.

On sait qu'on appelle assolement une certaine rotation de récoltes réglée d'avance, de manière à éviter la répétition trop rapprochée des mêmes plantes dans le même terrain. Si la théorie en est nouvelle, la pratique en est aussi ancienne que l'agriculture. La science toutefois fit substituer la variété des cultu à la jachère, mais sans que les idées fussent fixées sur la cause de cet effet si remarquable.

M. Brugmans, ayant mis des plantes dans du sable sec, avait vu des gouttelettes d'eau suinter de l'extrémité des radicules. MM. Plenck et Humboldt avaient cherché, dans la propriété que presentent les racines de quelques plantes d'émettre des sécrétions particulières la cause de quelques-unes de leurs habitudes. M. Decandolle, appliquant ces idées à la théorie des assolemens, admet que toutes les plantes rendent au sol, par leurs racines, les particules impropres à leur nourriture qui ont été entrainées dans la circulation avec les parties solubles qu'elles avaient pompées ; l'accumulation de ces matières impropres à la nourriture d'un végétal doit rendre le sol moins propre à nourrir une seconde récolte de la même famille de végétaux. De même on ne pourrait nourrir un animal de ses propre excrémens. Ces sécrétions peuvent même devenir délétères pour la même espèce de plante plus jeune, et ne plus l'être pour celle qui les produit à cause de l'allongement continuel des racines. On conçoit encore que ces mêmes excrémens puissent fournir une nourriture saine et abondante à un autre ordre de végétaux comme dans le règne animal.

Il manquait à cette théorie si ingénieuse d'être confirmée par des expériences directes.

A cet effet, M. Macaire chercha d'abord à obtenir directement des plantes déracinées leur exsudation supposée, mais la rapidité avec laquelle les plantes souffrent dans cet état otait toute chance de succès. Ce n'est donc qu'en faisant végéter dans de l'eau chimiquement pure des plantes développées, pourvues de toutes leurs racines et exactement lavées, que M. Macaire put s'assurer de cette exsudation. Elles y végètent très-bien, s'y développent, et bientôt l'eau qui mouille les racines se trouve chargée de matières extractives. Si l'on plonge dans l'eau la tige séparée des racines ou les racines séparées de la tige, ce phénomène n'a plus lieu. L'exsudation des racines est plus abondante la nuit que le jour, parce qu'elles absorbent en général les liquides par leurs racines sous l'influence de la lumière.

Ce fait semblait indiquer que les plantes se servaient de leurs racines pour se débarrasser des substances absorbées nuisibles à leur végétation. Pour vérifier ce fait et confirmer l'existence d'une excrétion par les racines, l'auteur fit végéter plusieurs plantes dans de l'eau chargée de chaux ou d'acétate de plomb, puis dans de l'eau pure ; au bout de deux jours, l'eau pure contenait du plomb ou de la chaux. D'autres plantes, dont les racines baignaient dans l'eau saline furent transportées dans l'eau pure ; cette eau donna bientôt l'indice des sels dissous dans la première.

La nature des substances exudées par les racines dans l'eau de pluie pure varie selon les familles ; les unes âcres et résineuses peuvent nuire, les autres douces et gommeuses peuvent aider à l'alimentation d'autres végétaux. Ces faits tendent donc à confirmer la théorie des assolemens due à M. Decandolle.

Premier mémoire sur l'application des forces électro-chimiques à la physiologie végétale.

M. Becquerel s'est proposé, dans ce travail, de reconnaître les modifications que les forces électriques font éprouver aux graines et aux plantes, quand leurs actions chimiques favorisent ou contrarient celle des forces vitales : la science n'a jusqu'ici rien recueilli sur ce sujet. On a avancé seulement que l'électricité atmosphérique exerçait une influence déterminante sur la végétation sans en fournir de preuves.

On a dit que les graines électrisées levaient plus promptement et en plus grand nombre, que le blé poussait plus rapidement dans de l'eau électrisée positivement que dans de l'eau électrisée négativement. Sans doute le fluide électrique n'est pas sans action sur la vie des êtres organisés ; mais l'on n'avait pas suivi la route la plus convenable pour découvrir la nature de cette action, qui, en raison de son intensité, produit soit excitation favorable, soit désorganisation. Des courans énergiques décomposent, de faibles courans produisent des réactions chimiques qu'on ne saurait prévoir.

§ 1er. M. Becquerel a cherché d'abord à se rendre compte de l'influence des parois des tubes et des vaisseaux à petits diamètres sur les effets électro-chimiques, et par-là de certaines propriétés que l'on attribue aux tissus placés sous l'empire des forces vitales. Pour cela, il a introduit de l'oxide de cobalt réduit en pâte avec de l'eau à la partie inférieure d'un tube de verre de huit à dix centimètres et de deux à trois millimètres de diamètre. Puis, à la partie supérieure, une dissolution d'hydrochlorate de chrôme, il bouche ensuite les deux ouvertures. Au bout de quelques jours, on aperçoit à la partie inférieure et sur la surface même du tube de petites dentules métalliques.

L'explication de ce phénomène paraît facile : les deux liqueurs, en se mêlant lentement, se constituent dans un état d'électricité différent ; ces électricités

contraires se combinent le long des parois du tube, qui deviennent alors les pôles de la pile; c'est pour cela que la réduction s'opère sur le verre.

On conçoit maintenant comment des sécrétions peuvent se produire dans les organes creux des corps vivans, toutes les fois qu'un vaisseau d'un petit diamètre communique en deux points éloignés avec deux conduits semblables qui lui apportent chacun un liquide différent. Ne pouvant réagir que lentement l'un sur l'autre en raison de la capillarité, ils donneront naissance à une petite pile dont l'action sera continue, et qui aura pour pôle les parois de ce vaisseau. Une membrane qui sépare deux liquides différens produit des effets semblables que l'on peut désigner sous le nom d'électro-capillo-chimiques.

§ II. M. Becquerel montre dans ce chapitre combien les forces électriques les plus faibles peuvent avoir d'influence sur la végétation, puisqu'il suffit, suivant lui, de mettre une lame de zinc parfaitement polie dans de l'eau distillée pour produire la décomposition de l'eau, et la formation d'une petite quantité d'ammoniaque : effets qui doivent se produire au sein des matières organiques qui environnent les racines des plantes avec de l'eau non distillée, il se produit des effets de décomposition remarquables, tels que ceux que Davy a signalés, par l'action spontanée de l'eau de mer sur le cuivre. Les métaux oxidables, le fer par exemple, recouvert d'une solution de sulfate de potasse, donne naissance à une action électrique continue qui produit un sous-sulfate de fer, et de la potasse qui se carbonate à l'air, la décomposition marche assez rapidement avec de la limaille.

§ III. La graine pouvant être considérée comme formant un système électro-négatif, qui retient les bases et repousse les acides à la manière du pôle négatif d'une pile, ne donne-t-elle pas naissance à quelques excrétions acides autres que celle de l'acide carbonique. M. Becquerel s'est assuré de ce fait en faisant germer diverses graines dans des verres, dont les parois intérieures étaient recouvertes de papier de Tournesol, et il a reconnu qu'un grand nombre de graines en germant expulsent un acide qui paraît être de l'acide acétique. La fécule, le dextrine, le sucre, la gomme, placées dans les mêmes circonstances, ont donné promptement la réaction acide.

M. Becquerel termine ce mémoire en citant une observation remarquable de M. Orioli, Italien distingué, qui assure avoir traité avec succès diverses plaies en communiquant à l'organe malade un état électrique opposé à celui qu'indiquait la nature, soit acide, soit alcaline de la sécrétion.

Sur les chlorures de naphtaline, par M. Laurent.

Lorsqu'on fait agir le chlore sur la naphtaline (Voir l'Histoire de la naphtaline dans ce Journal), il se produit, d'après M. Laurent d'abord une matière huileuse qui est un chlorure de naphtaline, puis une matière solide résultant de la réaction du chlore sur le produit huileux, et qui est un chlorure d'un hydrogène carboné moins hydrogéné que la naphtaline. Il se dégage dans cette dernière opération du gaz hydrochlorique.

Ainsi, un volume de naphtaline $C^{10} H^4$, en se combinant avec un volume de chlore, formerait le chlorure de naphtaline ($Ch + C^{10} H^4$). Si l'on traite celui-ci par deux volumes de chlore, il se décompose de la manière suivante :

$$Ch^3 + (Ch + C^{10} H^4) = Ch^2 + C^{10} H^3) \times (H\ Ch.).$$

La réaction du chlore sur la naphtaline n'offre pas cependant des résultats aussi nets que ceux qui sont exprimés dans cette formule ; il est difficile de produire le chlorure liquide de naphtaline sans qu'il se forme en même temps un peu de chlorure solide, et, d'une autre part, on a peine à transformer complétement le chlorure liquide en chlorure solide, à cause de la viscosité de cette huile. Toutefois, en opérant avec soin, M. Laurent a pu saisir assez bien les phases extrêmes de l'opération, pour être autorisé à en donner l'explication que nous venons de rapporter.

Sur quelques propriétés de l'acide nitrique.

M. Braconnot pense que les faits observés par M. Pelouse sur l'action ou la nullité d'action de l'acide nitrique concentré, ou mêlé à l'alcool sur divers carbonates, peut être expliquée par la solubilité ou l'insolubilité des nitrates correspondans dans l'acide nitrique concentré, ou étendu d'alcool.

Ainsi M. Braconnot s'est assuré que l'acide nitrique concentré, froid ou bouillant, n'agit pas sur le marbre, sur le carbonate de baryte, le carbonate de soude fondu, sur l'étain, sur le fer, sur le plomb, sur l'argent. Or, les nitrates ou les oxides qui résultent de l'action de l'acide étendu sur ces corps, sont insolubles ou à peine solubles dans l'acide nitrique; au contraire, le cuivre, le zinc, le mercure, le bismuth, dont les nitrates sont solubles dans l'acide nitrique concentré, sont vivement attaqués par cet agent.

On peut expliquer de la même manière les réactions variées de l'acide acétique sur les carbonates.

De la transformation de plusieurs substances végétales en un principe nouveau, par M. Braconnot.

Par l'action de l'acide nitrique concentré sur les matières organiques, on obtient des produits fort différens de ceux qui résultent de l'action de ce même acide affaibli.

Ainsi, la fécule de pomme-de-terre délayée dans l'acide nitrique concentré, se transforme bientôt en un mucilage transparent, comme avec l'acide affaibli; mais cette solution mucilagineuse, loin d'être soluble dans l'eau comme la seconde, est coagulée par elle en une masse blanche, caséiforme, qui représente, lorsqu'elle est desséchée, le poids de la fécule employée : cette substance nouvelle se ramollit dans l'eau bouillante sans s'y dissoudre, elle ne rougit pas le tournesol. La teinture d'iode produit avec elle une combinaison jaune.

Les acides la dissolvent, en général, sans l'altérer; car l'eau la sépare de la plupart de ces dissolutions.

L'acide acétique se charge d'une telle quantité de cette matière, qu'il prend la consistance d'un mucilage épais que l'eau coagule.

Ce mucilage acide appliqué sur du papier, sur de la toile, ou tout autre corps, y laisse un enduit vernissé très-brillant, qui résiste parfaitement à l'action de l'eau même bouillante.

L'ammoniaque est sans action sur la nouvelle substance; la potasse caustique l'attaque très-difficilement; l'alcool bouillant a peu d'action sur elle; exposée

à la chaleur, cette matière s'enflamme avec beaucoup de facilité. Cette matière, qui semble participer du ligneux, peut être nommée xyloïdine. La sciure de bois, le coton, le linge, la gomme adragante, la gomme arabique, l'inuline ainsi que la saponine, chauffés avec l'acide nitrique concentré, se transforment en xyloïdine. Le sucre de cannes, la mannite, le sucre de lait, n'en fournissent pas, mais bien une matière très-amère.

Sur la composition de l'acide pyro-citrique, par M. Dumas.

« Il y a quelques années, M. Lassaigne fit connaître la production de ce nouvel acide; mais l'analyse qu'il en fit, au moyen de méthodes moins parfaites que les méthodes actuelles, laissait quelque doute sur la composition exacte de ce corps.

» Lorsqu'on distille de l'acide citrique, on est frappé de voir que la matière passe tout entière pour ainsi dire en laissant à peine un léger résidu charboneux. Cette circonstance semble indiquer une réaction simple. Le produit distillé est formé de deux liquides, l'un d'apparence huileuse que l'eau décompose promptement en lui enlevant beaucoup d'acide pyro-citrique, l'autre aqueux et acide, c'est le plus abondant.

» Il se produit toutefois un autre corps qui a échappé à l'attention de M. Lassaigne, c'est une liqueur spiritueuse et volatile, d'une odeur qui rappelle celle de l'esprit pyro-acétique; M. Polydore Boullay, qui en a reconnu la formation, en fera l'analyse et l'histoire, dès que l'accident grave qu'il a éprouvé, et qui le prive depuis trois ans de se livrer à ses travaux de recherches, lui permettra de les reprendre. Nul doute que la connaissance exacte de cette liqueur ne jette beaucoup de jour sur la réaction que procure l'acide pyro-citrique et peut être les acides pyrogénés en général.

» L'acide pyro-citrique anhydre, analysé au moyen du pyro-citrate de plomb, est représenté par la formule C_{10} H_4 O_3, et par les nombres

C_{10}.	54,07
H_4.	3,53
O_3.	42,40
	100,00

» Cet acide, en s'hydratant, absorbe H^2 O comme à l'ordinaire.

» Peut-on conclure de cette composition quelque chose relativement à la production de l'acide pyro-citrique? Il serait prématuré de le faire tant qu'un produit sans doute essentiel, la liqueur spiritueuse signalée plus haut, n'aura pas été analysée d'une manière exacte. M. Dumas laisse à M. Boullay le soin de terminer ce travail qui lui appartient en quelque sorte, puisque c'est lui qui a découvert la matière qui reste à étudier.

Mémoire sur l'acide malique artificiel de Schèele, par M. Guérin Varry.

Schèele est le premier qui ait vu qu'il se formait un acide particulier qu'il nomma malique, quand on fait agir l'acide nitrique sur la gomme dans des circonstances déterminées.

Si l'on analyse le sel que forme cet acide avec le protoxide de plomb, on trouve pour sa composition :

O_6.	63,62
C_4.	32,42
H_6.	3,96
	100,00

tandis que l'acide malique des végétaux, d'après M. Liébig, est représenté par la formule O^5 C^5 H^5.

Le premier pouvant être représenté par de l'acide oxalique et de l'hydrogène, M. Guérin Varry l'a nommé acide oxalhydrique.

Cet acide, en s'hydratant, absorbe H^2 O. On l'obtient difficilement cristallisé : il est très-déliquescent.

Traité par l'acide nitrique, il se tranforme en acide oxalique.

1000 p. de gomme arabique traités par 2000 p. d'acide nitrique étendu de la moitié de son poids d'eau, ont donné pour maximum, 2,8 p. d'acide oxalhydrique. 1000 p. de sucre en ont donné 3,5 et l'amidon 3,1.

L'acide oxalhydrique est parfaitement distinct de tous ceux connus jusqu'à ce jour, en ce qu'il donne, avec les eaux de chaux, de baryte et de strontiane, des précipités qui se dissolvent dans un léger excès de cet acide, mais qu'il ne précipite pas une dissolution concentrée de potasse ou d'un sel de potasse.

Lorsqu'on laisse digérer à la température ordinaire du sucre avec de l'acide nitrique, il ne se forme pas un acide qui, neutralisé par l'ammoniaque, précipite par l'acétate de plomb, ainsi que le pense M. Berzélius.

Sur les camphres artificiels des essences de térébenthine et de citron, par M. Dumas.

L'essence de citron rectifiée se convertit entièrement en camphre artificiel, comme l'essence de térébenthine; mais la cristallisation, gênée par l'excès d'acide hydrochlorique, se fait quelquefois attendre.

La rélation que M. Dumas a indiquée dans un mémoire précédent, entre le radical qu'il suppose dans le camphre naturel et l'acide camphorique, et ceux qui servent de bases aux camphres artificiels des essences de térébenthine et de citron, l'ont conduit à un examen comparatif de la composition de ces deux derniers corps.

Le camphre artificiel de térébenthine a été déjà l'objet de diverses analyses; mais ces analyses et en particulier celle M. Oppermann, paraissent avoir été faites sur du camphre dépouillé d'une partie de son acide. La sublimation, la rectification sur du carbonate de chaux le décomposent en effet en partie.

M. Dumas se contente de le purifier par des lavages à l'alcool et par la pression entre des papiers Joseph, ou de le faire cristalliser plusieurs fois et de le fondre, ou bien enfin de le précipiter par l'eau de sa dissolution alcoolique, dans tous les cas, sa composition est identique et peut être représentée par la formule C_{10} H_8 + H_{172} Ch_{172}, ou bien par les nombres

1 vol.	10 atomes	carbone.	382,6	70,03
	8	hydrogène.	50,0	9,72
1 vol.	172	hydrogène.	3,1	
	172	chlore.	110,6	20,25
			546,3	100,00

Le camphre artificiel suivant M. Oppermann, décomposé par la chaux, se transforme en chlorure de calcium, eau et hydrogène carboné. En répétant la distillation plusieurs fois, on obtient les trois quarts du poids du camphre employé en hydrogène carboné pur, dont la composition, fort bien donnée par M. Oppermann, est représentée par

10 atomes carbone.	382,6	88,44
8 hydrogène.	50,0	11,56
	432,6	100,00

Les mêmes expériences répétées sur le camphre de citron ont établi pour la composition les nombres

1 vol.	5 atomes carbone.	191,3	57,97
	4 hydrogène.	25,0	8,51
1 vol.	1/2 hydrogène.	3,1	
	1/2 chlore.	110,6	33,52
		330,0	100,00

Le camphre de citron est donc formé d'un volume d'acide hydrochlorique uni à un volume d'hydrogène carboné formé de 5 volumes de carbone pour 4 d'hydrogène ($C_5 H_4 \times H$ 1/2 Ch 1/2), c'est comme on voit le même rapport que dans le précédent, mais avec une condensation moitié moindre; il y a donc dans ce camphre moitié moins de carbone et d'hydrogène pour la même quantité d'acide hydrochlorique que dans le precédent.

La base de ce camphre peut s'extraire au moyen des alcalis comme pour le précédent. C'est une huile limpide et sans couleur qui rappelle par toutes ses propriétés l'essence de citron; sa composition est exprimée par

5 atomes carbone.	191,3	88,44
4 hydrogène.	25,0	11,56
	216,3	100,00

Il est donc certain que cette matière, qui fait la presque totalité de l'essence de citron, est isomérique avec celle qui forme de son côté la presque totalité de l'essence de térébenthine, avec cette différence que la condensation des élémens est double dans la dernière.

Il ne l'est pas moins que dans le camphre ordinaire, le camphre de térébenthine et celui de citron, abstraction faite de l'oxigène ou de l'acide hydrochlorique, on trouve toujours un hydrogène carboné dans les mêmes rapports $C_{10} H_8$.

M. Dumas propose de donner à cet hydrogène carboné des noms terminés en ène, de dire camphène citrène et camphène chlorhydraté pour le camphre de térébenthine, et citrène chlorhydraté pour celui de citron.

Sur l'acide lactique, par MM. Gay-Lussac et J. Pelouze.

L'acide lactique entrevu jusqu'ici par plusieurs chimistes n'avait pas encore été isolé à un état de pureté tel qu'il ne restât aucun doute sur sa nature. L'eau de riz, le lait, le sucre de betteraves, l'infusion de noix vomique, abandonnés quelque temps à la fermentation, en produisent en abondance. C'est du suc de betteraves et du lait fermenté que MM. J. Gay-Lussac et J. Pelouze ont extrait l'acide qu'ils ont soumis à l'analyse.

Le suc de betterave abandonné pendant deux mois à la fermentation dans une étuve à 25 ou 30° est évaporé en consistance de sirop; toute la masse est alors traversé par une foule de cristaux de mannite qui augmentent de quantité à mesure que disparaît le sucre de raisin qui s'y trouve aussi contenu. L'alcool en sépare beaucoup de matières qui n'ont pas été examinées, et dissout l'acide lactique, l'extrait alcoolique repris par l'eau laisse un nouveau dépôt; la liqueur saturée par le carbonate de zinc donne un précipité plus abondant encore. On évapore le lactate cristallisé, on le purifie par le charbon animal et par une nouvelle cristallisation. Par la baryte et l'acide sulfurique on en sépare l'acide lactique que l'on concentre dans le vide. L'éther sulfurique en sépare encore quelque peu de matière floconneuse.

Pur et concentré jusqu'à ce qu'il ne perde plus d'eau; l'acide lactique se présente à l'état d'un liquide incolore, sirupeux, déliquescent, excessivement acide, dont la densité à 25°,5 est égale à 1,215. Il est soluble dans l'eau et l'alcool en toutes proportions, un peu moins dans l'éther sulfurique.

Deux gouttes de cet acide coagulent sur-le-champ cent grammes de lait bouillant, une plus grande quantité n'altère pas le lait froid. Il coagule, à faible dose, l'albumine.

L'acide lactique forme dans l'acétate de magnésie un précipité blanc grenu et dégage l'acide acétique, c'est un de ses caractères distinctifs. Il ne précipite pas les eaux de chaux, de baryte, de strontiane. Le phénomène le plus remarquable qu'il présente est celui de sa sublimation.

Lorsqu'on le chauffe graduellement et avec précaution, il donne, outre des gaz imflammables, du vinaigre et du charbon, une grande quantité de matière blanche, concrète, amère et moins acide que l'acide lactique, très-soluble à chaud, et cristallisable par refroidissement sans altération dans l'alcool fusible à 107° c., bouillant à 250° c. se sublimant sans altération et sans résidu, et cristallisant avec facilité.

Mis en contact avec l'eau, ces cristaux ne s'y dissolvent que très-lentement; mais, en concentrant la liqueur, on n'y trouve plus que de l'acide lactique incristallisable. La différence d'état de ces deux acides paraît donc devoir être attribuée à de l'eau de combinaison, c'est ce que démontre l'analyse : on peut représenter en effet

l'acide liquide	par $C^6 H^6 O^6$ ou $C^6 H^4 O^4 \times 2 (H O)$
l'acide contenu dans les sels	par $C^6 H^5 O^5$ ou $C^6 H^4 O^4 + H O$
l'acide concret.	par $C^6 H^4 O^4$

C = 75,33 c'est l'équivalent et non l'atome.
H = 12,43 *idem.*

C'est-à-dire que l'acide lactique liquide perd un atome d'eau en se combinant aux bases, tandis que l'acide sublimé en prend un. L'eau n'est donc pas nécessaire à l'existence de l'acide lactique, mais elle est indispensable pour la formation des lactates; on ne peut en effet en séparer cet atome d'eau sans les décomposer.

La composition en centièmes de l'acide lactique,

combiné aux bases et à un atome d'eau, est exprimée par les nombres

Carbone.	44,90
Hydrogène.	6,11
Oxigène.	48,99
	100,00

Les lactates sont généralement solubles. Celui de magnésie exige toutefois pour se dissoudre, 30 fois son poids d'eau. Les lactates de chrôme, de plomb, de baryte, sont incristallisables sans être déliquescens.

Préparation et composition de l'acide malique, par M. Liébig.

On n'a point été jusqu'ici d'accord sur la composition de l'acide malique relativement à la quantité d'hydrogène qu'il contient; c'est ce qui a engagé M. Liébig à en faire de nouveau l'analyse. Il est arrivé à ce résultat que l'acide malique est isomérique avec l'acide citrique, et que leur formule commune est $C^4 H^4 O^4$ (1), ou que leur composition peut être exprimée par les nombres

Carbone.	41,47
Hydrogène.	3,51
Oxigène.	55,02
	100,00

En chauffant un malade avec de l'acide sulfurique on en obtient de l'oxide de carbone et de l'acide acétique, produits que l'on peut déduire facilement de la formule, et que fournit aussi l'acide citrique dans les mêmes circonstances.

Pour préparer l'acide malique. M. Liébig précipite le suc de sorbier par le nitrate de plomb. Le précipité se convertit au bout de quelque temps en groupes cristallins entourés d'une matière mucilagineuse et floconneuse que l'on enlève par des lavages faits par décantation; le malate de plomb est soumis à l'ébullition avec de l'acide sulfurique étendu jusqu'à ce qu'il perde son état grenu. A la masse qui forme une pâte homogène, on ajoute un léger excès de sulfure de baryum; on filtre la liqueur presque décolorée, et on la porte à l'ébullition après l'avoir saturée par du carbonate de baryte. Dans cette opération, il se sépare du citrate ou du tartrate de baryte en abondance sous forme de précipité; il suffit alors de séparer la baryte au moyen de l'acide sulfurique faible pour obtenir de l'acide malique pur. P.- F.-G. B.

(1) C = 75,33.

JOURNAL

DE CHIMIE MÉDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

REDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENELLE, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

OCTOBRE, 1833.

ANALYSE CHIMIQUE

D'un liquide employé contre les maladies de la peau : dartres, gale, etc.; par M. LASSAIGNE.

Le liquide, sur lequel porte notre examen, a été adressé à M. le directeur de l'école d'Alfort, avec invitation d'en faire l'essai sur des animaux affectés de gale ou de dartres.

1° Ce liquide est parfaitement limpide, neutre, d'une teinte légèrement rosée; son odeur est peu prononcée; sa saveur est très piquante, et ensuite un peu âcre.

2° Sa densité est plus grande que celle de l'eau distillée, car lorsqu'on le verse dans ce liquide, il forme des stries comme un sirop, se précipite en partie au fond du vase, et ne se mêle bien que par l'agitation.

3° Il marque 30° degrés à l'aréomètre de Baumé.

4° Évaporé à siccité dans une capsule de porcelaine tarée d'avance, il laisse une matière solide, cristalline, d'un blanc rosé, ayant une saveur excessivement piquante, et qui attire avec avidité l'humidité de l'air. Le poids de ce résidu forme les 33/100 de celui du liquide.

5° Ce liquide, essayé par les réactifs, dans le but de découvrir quels étaient les principes qu'il contenait, a présenté les propriétés suivantes :

A. la solution de nitrate de baryte n'y produit aucun effet.

B. La solution de nitrate d'argent y occasione un précipité blanc, caillebotté, très abondant, insoluble dans l'acide nitrique, mais soluble dans l'ammoniaque, lorsqu'il a été isolé de la liqueur surnageante : cet effet indique donc la présence d'un hydrochlorate.

C. La solution de carbonate de potasse y détermine un précipité blanc assez abondant.

D. Le ferrocyanate de potasse y forme un précipité blanc qui tourne peu à peu à la couleur lilas faible.

E. La potasse et l'ammoniaque y produisent un précipité blanc floconneux très abondant, qui jaunit au contact de l'air, et brunit tout à coup par la solution du chlore, propriété qui indique la présence du protoxide de manganèse.

F. L'oxalate d'ammoniaque y occasione aussitôt un précipité blanc pulvérulent, ce qui dénote aussi la présence de la chaux en combinaison dans le même liquide.

H. Enfin l'acide hydrosulfurique versé dans une portion de ce liquide le brunit instantanément, et y produit, au bout de plusieurs heures, un léger précipité noir de sulfure de plomb, effet qui indique dans ce liquide la présence de l'oxide de plomb en petite quantité.

Il résulte des essais relatés ci-dessus, et de ceux que nous avons entrepris sur le résidu de l'évaporation, que ce liquide est une solution mixte de protohydrochlorate de manganèse et d'hydrochlorate de chaux, formée dans les proportions suivantes :

Eau.	67,00
Hydrochlorate de manganèse.	25,79
Hydrochlorate de chaux.	7,21
	100,00

Une semblable solution paraît provenir de résidu d'opérations chimiques, et peut-être de l'extraction du chlore dans la fabrication des chlorures par l'oxide de manganèse et l'acide hydrochlorique. L'excès de ce dernier aura été sans doute saturé par une certaine quantité de craie (sous-carbonate de chaux); ce qui expliquerait l'absence du peroxide de fer dans ce produit. Nous avons très bien réussi à imiter une semblable liqueur, en sursaturant par de la craie un résidu provenant de l'extraction du chlore par l'acide hydrochlorique et le peroxide de manganèse; et si l'expérience démontre qu'elle a quelque efficacité dans le traitement des maladies cutanées, on pourra facilement en préparer, en utilisant ce résidu de nos fabriques.

Action de l'acide oxalique sur l'alcoolate calcique; par P. H. BOUTIGNY, pharmacien à Evreux.

Lorsque l'on distille de l'alcool dit absolu sur de la chaux, on obtient un liquide incolore et d'une trans-

parence parfaite, qui ne possède, pour ainsi dire, que les propriétés de l'alcool. Si l'on distille de nouveau ce liquide une, deux, trois et même quatre fois, il passe tout entier dans le récipient, sans laisser dans la cornue seulement des traces d'un résidu quelconque.

Mais si l'on évapore une certaine quantité de cet alcool dans une capsule de verre, à l'air libre et à une très basse température, il reste dans la capsule un résidu blanc, cristallin, qui noircit quelquefois par l'action du chalumeau, mais qui ne change pas de couleur dans le plus grand nombre des cas. Ce résidu, ainsi que je m'en suis assuré, n'était autre que de la chaux.

Ce fait m'a paru assez intéressant pour mériter de fixer un instant l'attention des chimistes; et la stabilité de cette combinaison (quel autre nom lui donner?) m'a porté à la nommer Alcoolate calcique, ou alcoolate de chaux, préjugeant que l'alcool était le corps électro-négatif, et l'oxide de calcium le corps électro-positif. Toutefois, cette question reste indécise, puisque je n'ai pu vérifier le fait directement : mais peu importe celui de ces deux corps qui joue le rôle d'acide, la combinaison n'en est pas moins existante.

Dans l'état actuel de la science, ce serait une hérésie de n'admettre comme combinaisons salines que celles qui résultent d'une base et d'un acide; car beaucoup de sels résultent de la combinaison de corps qui ne sont rien moins qu'acides ou alcalins, dans le sens absolu de ces mots. L'acidité et l'alcalinité sont corrélatives l'une de l'autre, dit M. Chevreul; car l'acidité se définit la propriété de neutraliser l'alcalinité, *et vice-versa*; toute autre manière de définir ces propriétés est impossible. Il ne faut pas croire maintenant qu'il n'y ait que les corps que nous appelons acides ou alcalis qui possèdent l'acidité ou l'alcalinité; car les acides ou les alcalis ne sont au fond que les corps qui possèdent au plus haut degré l'une ou l'autre de ces propriétés; et la limite qui sépare les corps susceptibles de s'unir aux alcalis, en acides, et en non acides, est tout-à-fait artificielle, puisqu'elle se trouve dans la propriété qu'ont les acides d'attirer l'alcali du tournesol avec plus de force que ne l'attire la matière colorante rouge qui est unie à cet alcali dans le tournesol bleu.

A cette judicieuse définition j'ajouterai un fait qui n'a été publié nulle part, sans doute parce qu'il a été observé par tout le monde : lorsque l'on sucre avec précaution une tasse de café, il arrive un moment où l'amertume disparaît et est remplacée par une saveur qui n'est ni celle du café, ni celle du sucre, et qui résulte évidemment de la combinaison du sucre avec le café, ou l'un quelconque de ses principes; mais vient-on à ajouter une nouvelle quantité de sucre, alors la saveur de ce corps devient dominante et remplace l'autre saveur.

En est-il de même dans des circonstances analogues? Non, certes, et l'on emploierait vainement tout le sucre des Grandes-Indes pour faire disparaître ou neutraliser l'amertume des décoctions de quinquina, de centaurée, de gentiane, de fumeterre, etc.

Je puis donc, sans pécher contre les principes, regarder le liquide dont j'ai parlé comme une combinaison de chaux et d'alcool, sinon définie, possédant du moins une assez grande stabilité.

Lorsque l'on ajoute dans de l'alcoolate de chaux une certaine quantité d'acide oxalique desséché et pulvérisé, cet acide s'y dissout, trouble sa transparence, et y détermine, après vingt-quatre heures de repos, un précipité blanc, comme gélatineux, très abondant.

En cet état, on décante le liquide avec précaution; on le distille, et l'on obtient de l'alcool très pur dans le récipient, et de l'éther oxalique dans la cornue.

On voit par là que l'acide oxalique a plus d'affinité pour la chaux que n'en a l'alcool, et qu'il décompose l'Alcoolate calcique comme tous les autres sels calciques.

Je ne sais si ce phénomène jettera quelque jour sur d'autres phénomènes observés à Paris par M. Pelouze, et à Nancy par M. Braconnot, et s'ils pourront s'expliquer les uns par les autres. Je me borne pour le moment à signaler le fait, en attendant la fin d'une expérience qui me permettra peut-être d'expliquer des phénomènes que M. Pelouze considère comme étant absolument inexplicables.

Évreux, août 1833. BOUTIGNY.

NOTE

Sur une falsification de la LEVURE; Par M. PAYEN.

En lavant, pour des essais de fermentation, quelques échantillons de levure, telle qu'on la livrait aux distillateurs le mois dernier (août), j'ai trouvé dans chacun d'eux à peu près 33 pour 0/0 de fécule.

Cette falsification est très facile à reconnaître : on délaye 20 grammes de la levure à essayer dans environ un litre d'eau; toute la matière, complétement suspendue par l'agitation, est laissée en repos pendant une demi-heure.

La presque totalité de la fécule est alors déposée; on décante le liquide trouble; on lave le dépôt en le délayant et le laissant déposer deux ou trois fois dans 200 à 300 grammes d'eau; on le recueille sur un filtre, et son poids, pris sec ou au même degré d'humidité que la levure, donne très approximativement la proportion de fécule mélangée.

Un mode d'essai aussi simple, mis en pratique par tous les consommateurs de levure (boulangers, distillateurs, etc.), aura bientôt fait cesser cette fraude. P.

Nouvelles réactions de la substance intérieure de la fécule.

M. Payen, en son nom et en celui de M. Persoz, communique les observations qui suivent sur de nouvelles réactions caractéristiques de la substance intérieure de la fécule dépouillée de ses tégumens; on peut ajouter ces réactions aux nombreuses propriétés qui déterminent l'identité de cette substance, dont MM. Payen et Persoz ont discuté ou fait connaître les résultats.

Cette substance, dissoute à 66°, et restée dans l'eau, après refroidissement et filtration, se trouble fortement par la teinture de noix de galle, et donne bientôt un précipité qui se réunit en flocons alongés, gris et opaques. Le liquide clair surnageant, filtré, est coloré en bleu sale par l'iode, et la nuance passe au gris-roussâtre; un précipité de même couleur se dépose. Les matières gommeuses et sucrées que fait naître la réaction de la diastase, ne sont pas précipitées par la noix de galle.

La même solution de la substance intérieure de

la fécule, colorée en bleu intense par l'iode, est subitement décolorée par la teinture de noix de galle; un précipité gris-roussâtre se dépose; recueilli et lavé par un grand excès d'eau froide, il jouit de la propriété d'être fortement bleui par l'iode.

Nous nous proposons de mieux étudier ces réactions, en les essayant sous l'influence du tannin blanc de mon collègue Pelouze. P.

MÉMOIRE

Sur une substance nouvelle nommée Apirine; par B. Bizio.

Ce chimiste s'est d'abord livré à l'analyse de l'amande du Cocos lapidea de Gaertner, qu'il a trouvée composée de:

Huile grasse.	73,250
Zimome.	4,500
Mucilage.	4,150
Glycirrhine cristallisée.	1,275
Principe colorant jaune.	0,750
Apirine.	0,995
Matière insoluble dans les acides, les alcalis et l'eau.	0 200
Fibre ligneuse.	14,750
Perte.	0,130

Apirine.

Cette substance nouvelle avait déjà été entrevue par lui dans le Cocos nucifera, mais en trop petite quantité pour être examinée. Il n'en a pas été de même du Cocos lapidea, d'où on peut l'extraire directement par la seule action de l'eau froide; mais ce procédé n'étant pas le meilleur, nous allons indiquer celui auquel il donne la préférence.

Extraction de l'Apirine.

On prend 500 grammes de la matière constituant la noix de ce coco, que l'on a fait macérer pendant dix ou douze heures dans 2 litres d'eau distillée, contenant 47 grammes d'acide hydrochlorique concentré, en ayant soin de remuer de temps en temps le mélange; au bout de ce temps l'on y ajoute 2 autres litres d'eau distillée; après douze autres heures de macération, ce qui fait vingt-quatre heures en tout, on passe avec expression, l'on ajoute de nouvelle eau distillée; après quelques heures de nouvelle macération, l'on exprime, et l'on recommence cette opération jusqu'à ce que l'eau en sorte sans aucune acidité.

La première liqueur étant filtrée à part, on en précipite l'Apirine par l'ammoniaque; on la lave à grandes eaux sur le filtre, et on la fait sécher à une douce chaleur. Au lieu d'acide hydrochlorique, on peut employer de l'acide acétique à 1,07; mais cet acide étant plus cher, on donne la préférence au premier.

L'Apirine est blanche, assez semblable à l'amidon, plus légère que lui; elle est inodore, d'abord insipide, ensuite légèrement piquante, plus pesante que l'eau; ni acide, ni alcaline, sans action sur le tournesol ni la teinture de violettes, soluble dans environ 600 parties d'eau froide. Cette solution chauffée, de claire qu'elle est, devient laiteuse et l'Apirine se précipite; circonstance remarquable, qui prouve qu'elle est plus soluble dans l'eau froide que dans l'eau chaude. Quand cette substance a été précipitée des solutions acides, elle se trouve alors à l'état d'hydrate, et devient plus soluble dans l'eau à cause de sa cohésion moindre; cette solution chauffée devient également laiteuse et dépose de l'Apirine qui s'y redissout par le refroidissement de la liqueur. C'est cette propriété qui lui a fait donner, par M. Bizio, le nom d'Apirine, qui semble annoncer qu'elle résiste beaucoup plus à l'action du calorique qu'à celle du froid.

Le sous-acétate de plomb produit dans la solution aqueuse d'Apirine un léger précipité blanc glutineux.

Le deutochlorure de mercure n'exerce aucune action visible pendant vingt-quatre heures; mais si au bout de cinq à six jours on élève la température de 5 à 6 degrés au dessus de o de Réaumur, il se produit un précipité floconneux.

Le protonitrate de mercure y produit un précipité floconneux d'un blanc sale, par le deutonitrate, ce précipité est de couleur citrine.

La solution alcoolique d'iode y détermine un précipité glutineux obscur, qui se redissout dans la liqueur.

L'hydrate d'Apirine exposée à la vapeur d'iode dans un lieu obscur, prend, au bout de dix heures, une couleur jaune ocracée, devient un peu acide et plus soluble dans l'eau.

L'infusion de noix de galle ne trouble point d'abord la solution d'Apirine; il ne s'y forme un précipité blanchâtre qu'au bout de quelques jours.

L'Apirine a, comme les alcoloïdes, beaucoup d'affinité pour les acides, avec cette différence que ses combinaisons à froid, même avec les acides les plus faibles, sont troublées en partie par le calorique. Ainsi, par exemple, la solution à froid de cette substance dans l'acide acétique à 1,03 est claire et incolore; mais dès qu'elle est exposée à l'action du calorique, à peine sa température s'est-elle élevée de quelque degré, que la liqueur se trouble, et cet état augmente avec son réchauffement jusqu'à l'ébullition. Le précipité obtenu est abondant, de couleur blanche: il est composé d'acide acétique saturé d'Apirine. Par le refroidissement de la liqueur, le précipité s'y redissout; de sorte que, pour obtenir l'acétate d'Apirine, on n'a qu'à porter à l'ébullition sa solution aqueuse, filtrer et laver à l'eau distillée bouillante: on obtient ainsi de très petits cristaux de ce sel qui, dissous dans l'eau froide, se précipite également par la chaleur en troublant le liquide.

L'acide tartrique dissout une plus grande quantité d'Apirine; sa solution chauffée ne se trouble pas, mais dépose aussitôt des molécules cristallines qui se réunissent et forment de petits prismes tétraèdres transparens, terminés la plupart par des sommets semblables. Plus la température s'élève graduellement, plus la cristallisation du sel est régulière. Le tartrate d'Apirine ne se redissout pas, comme son acétate, dans la liqueur refroidie; il a la saveur du surtartrate de potasse; quoique ses cristaux soient en apparence neutres, ils ne rougissent point le papier tournesol. Pour avoir un tartrate d'Apirine plus soluble dans l'eau, il faut l'en précipiter par de l'alcool à 0,83. Ce sel, redissous dans l'eau, est décomposé par l'ammoniaque qui en précipite l'Apirine en molécules très tenaces, plus pesantes que celles obtenues des acides acétiques ou hydrochloriques; ce qui prouve qu'elle est bien moins hydratée. Nous devons ajouter un fait remarquable: c'est que l'Apirine ainsi précipitée et dissoute dans l'acide acétique au même degré, la liqueur a besoin d'une plus grande élévation de température pour se troubler, et que le précipité s'y redissout, quoique la liqueur soit encore très chaude. Les acides minéraux dissolvent égale-

ment l'Apirine. Si on la traite par l'acide nitrique concentré, elle s'y unit promptement : il faut avoir soin d'agiter, à cause de sa légèreté plus grande que celle de l'acide. Dans cette réaction, il ne se produit aucun dégagement gazeux, et l'on peut en précipiter l'Apirine avec les mêmes propriétés que celle du tartrate, la liqueur offrant les mêmes phénomènes, c'est-à-dire sans se troubler.

L'Apirine s'unit difficilement à l'acide sulfurique concentré; étendue d'eau, elle s'y combine aisément. L'étude de sa combinaison avec les autres acides sera l'objet d'un travail spécial. Exposée à l'action du feu, l'Apirine ne se ramollit, ne se gonfle ni ne se fond, il s'en dégage des vapeurs blanches ayant l'odeur du chanvre en combustion, et il reste un charbon en particules semblables à celle de cettes substance. M. Bizio ne s'est point assuré si l'Apirine donnait aussi quelques produits azotés (1). (Traduit de l'italien par extrait). J.-F.

Sirop de café.

M. Ferrari nous adresse la formule suivante :

Café du Levant torréfié.	4 onces.
Eau.	9 liv.
Sucre raffiné.	3 liv.

Dans un vase fermé pendant 6 heures on fait infuser le café avec 1 livre 1/2 d'eau froide; en le débouchant un peu on place ensuite le vase au bain-marie; quand l'eau du bain-marie bout, on en retire le vase; on laisse déposer, on décante, et l'on verse sur le résidu les 6 onces d'eau restantes. Au bout de quelques heures on décante, et l'on mêle les liqueurs que l'on verse peu à peu sur le sucre : on fait dissoudre au bain-marie; et l'on passe à la chausse. La dose de ce sirop est de demi-once à une once, et même davantage, dans une quantité suffisante de véhicule.

Nouveau Moxa.

M. Ferrari conseille de tremper du coton dans une solution saturée de chlorate de potasse, de lui donner ensuite la forme de petits cônes, que l'on fait plus ou moins gros, plus ou moins compactes. Ces moxas sont beaucoup plus actifs que ceux que l'on connaît, soit qu'ils soient faits avec le tissu cellulaire des feuilles de l'Artemisia arvensis, avec la moelle de l'Heliantus annuus, ou avec le coton trempé dans une solution de nitrate de potasse.

MÉMOIRE

Sur la Barégine, lu à l'Académie royale des sciences le 11 août 1833; par M. Longchamp.

EXTRAIT.

M. Longchamp a donné le nom de Barégine à une matière azotée qu'il a rencontrée pour la première fois dans les eaux de Barèges, et que M. Anglada a depuis nommée fort improprement Glairine, parce que, dit-il, elle ressemble à des glaires, ce qui n'est nullement vrai; mais cela le fût-il, que cette dénomination serait repoussante pour les buveurs d'eau qui croiraient avaler des glaires.

La Barégine a été connue de tout temps dans les eaux thermales sulfureuses, sous le nom de matière grasse des eaux minérales. Chaptal, avec plusieurs autres chimistes, prouvèrent que cette substance était azotée : d'après cela, elle a été désignée tantôt sous le nom de matière animale, tantôt sous celui de matière végéto-animale des eaux minérales.

La Barégine, dans son plus grand état de pureté, ressemble à une gelée de pied de veau; elle est parfaitement incolore, sans odeur, et inaltérable à l'air; elle contient 0.98 d'eau, et 0,02 de matière solide; il faut plus de 100,000 parties d'eau pour la dissoudre; elle est très peu soluble dans les acides nitrique, hydrochlorique et acétique; elle est également peu soluble dans les alcalis caustiques. Desséchée et soumise à la distillation, elle donne de l'huile, du carbonate d'ammoniaque, et laisse un charbon abondant difficile à incinérer.

La Barégine existe dans les eaux thermales, d'où elle se sépare par l'évaporation. En effet, on ne la trouve jamais en suspension dans l'eau, mais bien sur les parois du réservoir, seulement dans la partie qui se remplit et se vide successivement; quant à ceux qui sont toujours couverts d'eau, on ne l'y trouve jamais : elle forme quelquefois une couche de 2 ou 3 pouces d'épaisseur, ainsi que l'auteur l'a reconnu dans le réservoir de la grande douche de Barèges.

Souvent la Barégine est colorée depuis le gris clair jusqu'au gris le plus foncé, et même le noir. On attribue ces diverses colorations aux parois, sur lesquelles elle se dépose, et qui sont souvent elles-mêmes formées de matériaux colorés. M. Longchamp, loin de partager cette opinion, considère au contraire cette coloration comme étant due à une réaction élémentaire qu'il n'a pas encore assez étudiée.

Lorsqu'une eau thermale s'écoule à l'air, la Barégine ne se présente plus en gelée, mais en longs filamens blancs qui flottent dans l'eau. Quand l'eau minérale vient se mêler à un filet d'eau ordinaire, les filamens qui se forment sont colorés en vert: la Barégine verte a donc reçu sa couleur de l'oxigène contenu dans l'eau. Voilà pourquoi l'auteur pense que la matière végéto-animale qu'on trouve dans les eaux de Vichy, et dans toute eau thermale quelconque, est de la Barégine altérée. M. Longchamp regarde cette substance comme étant contenue dans toutes les eaux thermales, de quelque nature qu'elles soient. Deux onces de Barégine en gelée ayant été conservées pendant environ 5 à 6 mois dans un petit bocal de verre débouché, en y ajoutant de temps en temps un peu d'eau, pour que la matière restât toujours au même point d'hydratation, la partie qui était en contact avec l'air ne s'est nullement colorée, loin de là, la Barégine s'est successivement colorée par le fond, et elle est devenue parfaitement noire jusqu'à 9 ou 10 lignes de la surface. Cette couche supérieure ne s'est jamais colorée. Lorsque sa coloration en noir a atteint son maximum, elle a successivement disparu, et la matière est devenue incolore comme dans l'origine. La Barégine en gelée, ou délayée dans l'eau, n'éprouve aucune altération à l'air, même

(1) Nous publions ces résultats sans les garantir; il paraîtrait intéressant de les vérifier. Peut-être quelqu'un de nos correspondans sera-t-il à même de le faire. (*Note des Rédacteurs.*)

dans l'espace de plusieurs mois ; mais pour cela, il faut qu'elle ait été débarrassée de tout eau minérale, car celle-ci détermine sa putréfaction. Aussi toutes les eaux thermales sulfureuses ont-elles une odeur désagréable lorsqu'elles sont conservées depuis longtemps, même dans des bouteilles fermées. La Barégine que M. Longchamp avait soumise à l'expérience avait été conservée dans l'alcool ; elle était parfaitement débarrassée de ce menstrue par de nombreux lavages à l'eau distillée ; et c'est après ces lavages qu'il l'a soumise à l'expérience. La Barégine soumise à une douce chaleur perd son eau sans répandre aucune odeur ; elle forme une espèce de réseau, formé de pellicules très minces, qui enferme l'eau dans un appareil cellulaire. Ainsi desséchée, et mise sur les charbons ardens, elle se racornit, s'enflamme ; et répand une odeur d'acide sulfureux, à laquelle succède celui de la corne brûlée, à la distillation ; elle donne du soufre qui se sublime, une huile jaune, d'une odeur très pénétrante, une autre huile noire plus épaisse, enfin beaucoup de carbonate d'ammoniaque, et un charbon alcalin léger, faisant la moitié du poids de la Barégine. Cette substance est insoluble dans l'eau, qui n'en contient que quelques vestiges, qui suffisent cependant pour lui imprimer un caractère distinctif : c'est qu'agitée avec une baguette de verre, elle devient bulleuse, comme le serait une eau légèrement gommée.

La Barégine se conserve très bien dans l'alcool, 47 grammes de ce menstrue, après 8 ans d'infusion, en ont dissous 9 milligrammes.

Si l'on fait bouillir de l'acide nitrique avec la Barégine, celle-ci disparaît, et donne une dissolution jaune, qui, évaporée et reprise par l'eau, précipite légèrement par l'eau de chaux, précipite par l'ammoniaque, donne un précipité grumeleux par le sous-carbonate de potasse, lequel précipité est graisseux au toucher, amer au gout, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther. Ainsi la Barégine, traitée à chaud par l'acide nitrique, donne tous les produits de la fibrine, savoir, l'acide oxalique et de l'amer. Aussi M. Longchamp ne craint pas de dire que cette substance est *sui generis*, qu'elle a quelque analogie avec la fibrine.

Commissaires : MM. Thénard, Beudent et Berthier.

J.-F.

RECHERCHES

De chimie organique, lues à l'Académie royale des sciences le 5 août 1833 ; par M. J. Dumas.

EXTRAIT.

Après avoir établi d'une manière précise la nature des huiles essentielles légères, ce chimiste s'est livré à des recherches analogues sur les huiles essentielles pesantes ; il trouve que celles-ci diffèrent à tous égards des premières, et que cette différence tient à ce qu'elles sont plus riches en oxigène : d'où il suit qu'au lieu de servir de base, elles font fonction d'acide, et qu'au lieu de les considérer comme des protoxides, il faut y voir des acides bien caractérisés et d'une composition assez simple.

Parmi ces huiles essentielles, il en est une que les expériences de M. Bonastre ont déjà signalée comme capable de se combiner directement avec les alcalis, et sans le concours de l'air ou de tout autre agent : c'est l'essence de girofle, dont M. Dumas trace ici plus particulièrement les caractères, tout en établissant que toutes les huiles pesantes qu'il a pu étudier lui en ont offert d'analogues.

L'analyse de cette huile, celle de quelques produits qui résultent de l'action de divers corps sur le girofle, font l'objet principal de ce mémoire. Les produits qui ont servi de point de départ dans ces analyses, étaient fort purs. M. Dumas l'obligeance de M. Bonastre : il les a soumis à diverses épreuves pour les débarrasser de l'humidité qu'ils pouvaient encore contenir.

L'huile de girofle, quoique parfaitement claire, peut encore retenir beaucoup d'eau, qui s'en sépare par une simple digestion de 60 ou 80°, avec du chlorure de calcium : la solution de chlorure se dépose au fond du vase, et l'huile pure surnage ce dépôt.

Pour fixer le poids atomique de l'huile, il a essayé de la combiner avec la soude ou avec les alcalis fixes ; mais il n'a pu, par aucun moyen, se procurer des combinaisons définies. On obtient bien tous les phénomènes décrits par M. Bonastre ; mais quand on a chauffé l'huile avec l'alcali caustique, la matière se prend en masse nacrée par le refroidissement, et les cristaux retiennent une énorme quantité de soude caustique libre que l'on ne sait comment enlever.

M. Dumas a donc cherché un autre procédé, et il l'a trouvé dans l'action du gaz ammoniaque pur et sec : il a essayé de faire passer du gaz ammoniaque dans des boules qui renfermaient l'huile ; mais une partie a été entraînée par l'excès du gaz qui passait dans la boule, et la saturation n'a jamais pu être entièrement accomplie.

Il a parfaitement réussi, au contraire, en faisant passer l'huile dans une éprouvette, et y ajoutant du gaz ammoniaque en excès : 0,553 d'huile ont absorbé de cette manière 83 centig. de gaz ammoniaque sec à 0,76 et 0 centig.

En prenant 2,145 pour le poids atomique de l'ammoniaque, on trouve, d'après ces résultats, que le poids atomique de l'huile de girofle est représenté par 2,2.

L'analyse de la combinaison ammoniacale n'offrait pas grande utilité ; cependant il l'aurait tentée, si cette combinaison ne présentait pas une facile altération, qui lui fait perdre presque instantanément une partie de son ammoniaque, dès qu'elle a le contact de l'air.

Le composé ammoniacal dont il est ici question est cristallisé en petits cristaux doués d'un grand éclat ; pour les obtenir, il faut employer de l'huile de girofle d'une pureté parfaite ; car lorsqu'on se sert des huiles du commerce, rectifiées avec soin, et à peine différentes de l'huile pure par leur composition, on n'obtient, par l'action la plus prolongée de l'ammoniaque, qu'une matière poisseuse ou d'un aspect butireux, sans le moindre indice de cristallisation.

L'huile de girofle a fourni à l'analyse ces résultats :

0 480 de cette huile ont donné 1,215 d'acide carbonique, et 0,341 d'eau, ce qui fait :

Carbone.	70,04
Hydrogène.	7,88
Oxigène.	22,08
	100,00

En calculant cette analyse, on parvient à la formule suivante :

C^{40}.	1530,4	70,02
H^{26}.	161,5	7,42
O^{5}.	500,0	22,56
	2192,9	100,00

La composition élémentaire s'accorde, comme on le voit, d'une manière satisfaisante avec les résultats qui précèdent.

On remarquera que la grande quantité d'oxigène que l'huile de girofle renferme, d'après les analyses de M. Dumas, est un caractère de composition commun à toutes les huiles plus pesantes que l'eau.

Un autre caractère qui paraît également propre aux huiles de cette famille, c'est leur grande résistance à la décomposition. L'huile de girofle ne peut être analysée qu'autant que l'on prend soin d'en faire passer la vapeur au travers d'une colonne de six ou huit pouces d'oxide de cuivre incandescent; encore faut-il que l'huile passe avec beaucoup de lenteur.

M. Bonastre a bien voulu remettre à l'auteur une matière cristallisée en lames nacrées, qui s'était déposée dans de l'eau distillée de girofle. Cette matière fort bien caractérisée mériterait un examen attentif: il y en avait malheureusement trop peu pour en faire une étude complète : mais il a pu en faire l'analyse et constater un assez grande nombre de ses caractères, de manière qu'il n'est pas douteux que cette matière ne soit un produit nouveau et particulier,

La matière nacrée dont il est question a été analysée avec les précautions ordinaires ; elle ne contient pas d'azote.

0,337 de matière nacrée ont fourni 0,88 acide carbonique, et 0,232 eau qui donne en centièmes:

Carbone.	72.25
Hydrogène.	7,64
Oxigène.	20,11
	100,00

Cette substance paraissait, au premier abord, un simple état isomérique de l'huile de girofle ; cependant son analyse se représente mieux par la formule suivante:

C^{40}.	1530.	73 55
H^{24}.	150	7.21
O^{4}.	400	19,24
	2080	100,00

Cette formule semblerait indiquer que la matière nacrée diffère de l'huile de girofle par la perte d'un atome d'eau. Il serait difficile de tirer aucune conséquence de ce fait isolé, qui sera critiqué par des observations de même genre qui ne peuvent pas manquer de se multiplier plus tard.

Un autre substance qui se rattache aux précédentes a été décrite sous le nom de Caryophiline. Cette matière remarquable présente des propriétés bien caractérisées; elle n'entre en fusion qu'à une température très élevée, et il est même difficile de la fondre sans lui faire éprouver une légère altération.

0,242 de Caryophilline, fondue et légèrement jaunie, ont fourni 0,695 d'acide carbonique, et 0,23 d'eau.

0,316 de Caryophilline, chauffée à 19° dans le vide, non fondue et parfaitement blanche, ont fourni 0,903 d'acide carbonique, et 0,298 d'eau.

Ces deux analyses donnent :

Carbone.	79.5[illegible]	79.10
Hydrogène.	10 5	10.46
Oxigène.	10,0	10,44
	100,00	100,00

Ces résultats se représentent par la formule suivante :

C^{40}.	1530.4	79.27
H^{32}.	200.0	10.36
O^{2}.	200.0	10.37
	1930,4	100,00

La première observation à faire sur ce résultat, c'est l'isométrie de la Caryophilline et du camphre naturel. Ce fait lui a paru assez important à constater, pour qu'il ait cru nécessaire de répéter l'analyse sur une nouvelle quantité de Caryophilline préparée avec soin. La préparation exécutée par les moyens indiqués par M. Bonastre, a offert les mêmes phénomènes, et a fourni un produit à tous égards identique avec celui qu'il lui avait remis.

On observera, de plus, que la Caryophilline contient précisément 6 atomes d'hydrogène ; de plus que l'essence de girofle et 3 atomes d'oxigène de moins, comme si de l'eau décomposée par une force quelconque eût cédé son oxigène à l'un de ces produits, et l'hydrogène à l'autre.

Ainsi, dans les trois substances que le girofle fournit, nous voyons un radical unique se modifier par le seul concours de l'eau, de manière à produire trois substances tellement dissemblables, que leur commune origine a pu seule porter à les comparer entre elles.

M. Dumas ajoute que les huiles pesantes se rapprochent des résines à un si haut degré, qu'on sera peut-être forcé quelques jours de les confondre.

Avant d'entamer l'exposition des résultats que lui a fournis l'analyse de l'indigo bleu et celle de ses nombreux produits, l'auteur fait connaître un procédé au moyen duquel on parvient à déterminer l'azote contenu dans une substance organique quelconque, avec une rapidité et une certitude égales au moins à celle que l'on obtient maintenant pour le carbone et l'hydrogène.

On dispose le tube à analyse comme à l'ordinaire, en ayant soin de placer à son extrémité fermée quelques grammes de céruse; après avoir fait le vide dans le tube, on décompose une portion de la céruse, afin de balayer la portion d'air qui reste dans l'appareil, et de la remplacer par l'acide carbonique; puis, après avoir dégagé un litre d'acide carbonique environ, on fait le vide une seconde fois, l'on opère la combustion comme à l'ordinaire. Les gaz sont réunis sur le mercure, dans une cloche qui renferme une forte dissolution de potasse. La décomposition ter-

minée, on chauffe de nouveau le carbonate de plomb, et l'on en dégage encore un litre ou deux d'acide carbonique, de manière à chasser tout l'azote de l'appareil et à le porter dans la cloche ; en agitant convenablement celle-ci, l'acide carbonique est absorbé, et il reste l'azote pur que l'on peut mesurer avec précision.

La seule précaution à prendre consiste à décomposer une quantité de matière capable de produire au moins trente ou quarante centimètres cubes de gaz azoté.

Du reste, tout procédé dans lequel l'azote n'est pas recueilli en entier, et surtout les procédés qui ont pour base le rapport de l'acide carbonique à l'azote, comme on le déterminait autrefois, lui paraissent radicalement inexacts.

Indigo bleu. — L'indigo bleu peut s'obtenir pur de deux manières, en partant de l'analyse et des recherches de M. Berzélius sur cette substance importante.

La première consiste à se procurer de l'indigo par la précipitation, au moyen de la cuve à froid, et à dépouiller cet indigo de toute la matière rouge qu'il entraîne par des lavages à l'alcool bouillant.

La seconde consiste à sublimer l'indigo, et à traiter de même les cristaux bien tirés par l'alcool bouillant, jusqu'à ce que toute la matière rouge en soit séparée.

M. Dumas s'est procuré de l'indigo pur par ces deux procédés, et il l'a soumis à une analyse complète : il a analysé de même l'indigo qui n'avait pas été purifié par l'alcool, pour voir jusqu'à quel point les anciennes analyses méritaient confiance.

0,368 d'indigo sublimé brut ont fourni 30 cent. cubes de gaz azote sec à 0°,76.

0,525 du même indigo ont donné 0,192 d'eau.

0,355 d'indigo précipité brut ont donné 0,923 d'acide carbonique et 0.132 d'eau.

On tire de ces expériences, pour la composition de l'indigo analysé jusqu'à présent par les chimistes :

Carbone.	71,94	
Hydrogène.	4,12	4,05
Azote.	10,30	
Oxigène.	13,64	
	100,00	

Ces résultats s'éloignent peu de ceux qui ont été publiés déjà, et prouvent que les analyses étaient assez exactes. Voici maintenant les résultats relatifs à l'indigo purifié par l'alcool :

1° 0.283 indigo sublimé, purifié par l'alcool bouillant, ont donné 0,746 acide carbonique et 0,102 eau.

2° 0,379 indigo précipité, purifié par l'alcool bouillant, ont donné 0,973 acide carbonique et 0,137 eau.

3° 0,4 indigo précipité, fait à chaud et lavé par l'alcool bouillant, ont donné 1,053 acide carbonique et 0,147 eau.

4° 0,4 du même ont donné 34,1 cent. cube d'azote à 0°, et 0,76.

5° 0,317 du même, mais lavés de nouveau à la potasse caustique bouillante, puis à l'alcool bouillant, ont donné 0,386 acide carbonique et 0,117 eau.

Ces expériences ramenées en centièmes donnent les résultats suivans :

	1.	2.	3.	4.	5
Carbone.	72,90	72,49	72,84	»	79,97
Hydrogène.	4,00	4,01	4,07	»	4,09
Azote.	»	»	»	10,80	»

Ou bien en prenant une moyenne de ces nombres déjà si rapprochés :

Carbone.	72,80
Hydrogène.	4,04
Azote.	10,80
Oxigène.	12,36
	100,00

En calculant la composition de l'indigo pur d'après la formule C^{45} H^{15} Az_3 O_3, on trouve des nombres qui se confondent avec les précédens ; on a en effet :

C^{54}	1721,7	72.34
H^{15}	93,7	3,97
Az_3	265,0	11,13
O_5	300,0	12,60

Indigo blanc. — Tous les chimistes comprennent, j'espère, que, malgré les soins les plus minutieux, M. Dumas ne soit jamais parvenu à se procurer la quantité d'indigo blanc nécessaire pour une analyse élémentaire ; il fallait donc se résigner à l'emploi de moyens indirects, et l'on retombait dès lors dans une méthode quelconque entièrement conforme à celle que M. Berzélius a récemment mise en pratique.

L'illustre chimiste suédois nous apprend que le sulfate de cuivre mis en contact avec une solution d'indigo blanc, qu'il convertit de suite en indigo bleu, lui cède une telle quantité d'oxigène, qu'on peut dire que 100 parties d'indigo bleu en ont pris 4,6 d'oxigène pour passer de l'état blanc à l'état bleu.

D'après l'analyse qui précède, on voit que si l'indigo bleu prend en cette circonstance le tiers de l'oxigène total que l'analyse y indique, cette quantité doit s'élever à 4,2 environ ; quoique ces deux nombres diffèrent peu, il a cru nécessaire de répéter un certain nombre de fois l'analyse de l'indigo bleu ; mais les résultats qu'il a obtenus ont toujours été les mêmes.

Acide indigotique. — L'auteur a mis le plus grand intérêt à se procurer l'acide indigotique dans un état de pureté parfaite, car il s'est aperçu, dès ses premiers essais, que tant qu'on l'obtient coloré, il renferme assez d'acide carbazotique pour altérer très fortement les résultats de l'analyse. Celui qu'il a analysé était d'une blancheur parfaite.

1° 0,323 d'acide indigotique, chauffé à 180 dans le vide, sec, ont donné 0,563 d'acide carbonique et 0,090 d'eau.

2° 0,563 d'acide indigotique, chauffé à 170° dans le vide ont donné 0,147 d'eau. Le tube à combustion pris pour l'analyse avait été desséché lui-même dans le vide à 100°.

3° 0,508 d'acide indigotique ont donné 31 cent. cubes d'azote à 0° et 076.

4° 0,837 *idem* ont donné 0,201 d'eau.

5° 0,793 *idem* ont donné 0,202 d'eau.

En ramenant ces résultats en centièmes, on aurait :

	1.	2.	3.	4.	5.
Carbone.	48,23	»	»	»	»
Hydrogène.	3,09	2,8	»	266	2,82
Azote.	»	»	7,73	»	»
Oxigène.	»	»	»	»	»

En combinant ces divers résultats, on trouve donc pour la composition de l'acide indigotique :

Carbone.	48,23
Hydrogène.	2,76
Azote.	7,73
Oxigène.	41 28
	100,00

La quantité d'eau que procure la combustion de l'acide indigotique est assez faible : on a donc cherché à la déterminer avec soin, en répétant et en variant les expériences sur des acides provenant de diverses préparations; elle s'est montrée constante : c'est donc un corps hydrogéné, comme le prouvent, au reste, les analyses de M. Buff, bien qu'il ait tiré de ses expériences des conclusions tout-à-fait contraires à celle que M. Dumas déduit des siennes.

En calculant la composition de l'acide indigotique d'après la formule suivante, on trouve des résultats qui se rapprochent beaucoup de ceux que donne l'analyse directe :

C^{45}	1721,7	48,09
H.	93,7	2,61
Az^{3}	265,0	7,40
O^{15}	1500,0	41 90
	35,80,4	100,00

L'acide indigotique n'est donc pas autre chose, en définitive, que de l'indigo fortement oxigéné, et renfermant cinq fois plus d'oxigène que l'indigo bleu. Cet acide nous offre le premier exemple d'un acide renfermant quinze atomes d'oxigène, dans son propre atome, et il nous prouve combien nous sommes éloignés d'avoir réalisé toutes les combinaisons que la nature des choses rend possibles. Entre l'indigo et l'acide indigotique, il n'y aurait guère moins de cinq oxides, ou acides indiqués par l'analogie, mais qu'on n'a pas encore obtenus.

Acide carbazotique. — M. Dumas désigne sous ce nom, avec M. Liébig, la substance connue autrefois sous celui d'amer de Welter. On conçoit bien que le mot carbazotique ne lui paraît nullement convenable; mais il ne peut pas adopter celui que propose M. Berzélius, acide nitropicrique, c'est-à-dire acide amer, formé par l'acide nitrique ou renfermant cet acide.

Toutes les matières animales traitées par l'acide nitrique peuvent fournir de l'acide carbazotique. On sait depuis longtemps que ce singulier corps résiste à l'action des acides les plus énergiques, et qu'il forme des sels détonans.

M. Chevreul a fixé l'attention des chimistes sur la facilité singulière avec laquelle on transforme l'acide indigotique en acide carbazotique par l'action de l'acide nitrique concentré. Cette conversion indique entre les deux corps une analogie de composition que les expériences suivantes vont éclaircir.

L'auteur a préparé l'acide carbazotique, destiné à l'analyse, au moyen de l'indigo. Après l'avoir converti en carbazotate de potasse que l'on a purifié par des cristallisations successives, l'acide a été isolé avec soin, et soumis lui-même à plusieurs cristallisations.

Ainsi préparé, cet acide a fourni les résultats suivans :

1° 1,205 matière fondue ont donné 1,400 acide carbonique et 0,152 eau;

2° 0.870 matière fondue ont donné 1,005 acide carbonique et, 0,105 eau;

3° 0,402 matière fondue ont donné 0,540 acide carbonique et 0,068 eau;

4° 0,423 matière fondue ont donné 62 cent. cubes d'azote sec, à 0°, et 0,76.

Convertis en centièmes, ces résultats donnent :

	1.	2.	3.	4.	Moyenne.
Carbone.	32,1	31,9	31,6	»	31.8
Azote.	»	»	»	18,5	18,5
Hydrogène.	1,4	1,3	1,6	»	1,4
Oxigène.	»	»	»	»	48,3
					100,00

Ces nombres conduisent à une formule fort simple que nous adopterons :

C^{26}	940,4	31.3
Az^{6}	531.0	17,7
H^{6}	37.5	1,3
O^{15}	1,500,0	49,0
	3,008,9	100,0

Il est facile maintenant de se rendre compte du passage de l'acide indigotique à l'état d'acide carbazotique.

En effet, si l'on soustrait des élémens du premier de l'ammoniaque et de l'acide oxalique, et que l'on y ajoute de l'acide nitrique, on obtient exactement la composition de l'acide carbazotique. On sait depuis longtemps que pendant cette conversion il se forme de l'acide oxalique; et M. Dumas croit avoir constaté la production de l'ammoniaque.

L'acide carbazotique deviendrait par ces résultats un composé d'hydrogène carboné $C^{25}H^{6}$, et de trois proportions d'acide nitrique $Az^{6}O^{15}$, ce qui rend bien compte de ces propriétés détonnantes.

Cet acide n'est pas le dernier terme de la série de composés que l'auteur vient de parcourir.

On voit qu'une simple oxidation plus forte constitue l'acide indigotique; en modifiant plus énergiquement ce dernier, on passe à l'acide carbazotique, qui à son tour va réagir de manière à produire un nouveau composé.

Quand on fait bouillir l'acide carbazotique avec une dissolution alcaline concentrée, il se dégage de grandes quantités d'ammoniaque, et l'on obtient un sel d'un rouge intense, qui ressemble beaucoup à celui que produirait l'acide croconique de Gemlin.

Les analyses que nous venons de décrire fixent d'une manière certaine la composition de l'indigo, et celle des produits qui en dépendent. Avant de faire connaître l'interprétation qui lui paraît propre à lier ces divers corps par une formule simple et générale, M. Dumas a besoin de terminer l'analyse de quelques matières colorantes analogues à l'indigo.

J.-F.

BIBLIOGRAPHIE.

NOVEMBRE, 1833.

Clinique médicale de l'hôpital de la Pitié et de l'hospice de la Salpêtrière, en 1832; par P.-A. Piorry, agrégé à la faculté, etc. (490 pages in-8°; prix, 6 fr. — Paris, 1833; chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis).

Ce volume est composé d'une série de mémoires, la plupart d'un grand intérêt, et dont plusieurs ont été publiés dans des recueils périodiques. Le premier qui se présente est le compte-rendu de la clinique de la faculté, à la Pitié. Débutant par les maladies du tube digestif et de l'abdomen, l'auteur appelle successivement l'attention sur une foule de circonstances qui peuvent donner lieu à des aperçus nouveaux; c'est ainsi qu'il signale l'absence des dents donnant lieu à une distorsion de la bouche, qui simule le faciès hémiplégique; un érysipèle intermittent, occasioné par une carie dentaire; il rappelle que l'enduit fuligineux de la langue tient souvent à ce que le malade respire la bouche ouverte; il a vu l'angine couenneuse coexister avec la plasticité du sang, et admet une relation entre ces deux phénomènes. Une énorme distension hydro-pneumatique de l'estomac fut guérie par le vomissement provoqué en titillant la luette. Les engorgemens du foie furent avantageusement combattus par la saignée générale, qui du jour au lendemain amenait une diminution considérable dans le volume de l'organe, circonstance qui prouve l'inexactitude du mot hypertrophie, que M. Piorry applique à ces tuméfactions passagères; autant nous en dirons des hypertrophies de la rate, qui, sous l'influence du sulfate de quinine, se résolvaient avec rapidité, circonstance qui porte l'auteur à placer dans cet organe le point de départ des fièvres intermittentes. M. Piorry combat le cancer utérin par l'emploi combiné des injections abondantes, du régime nutritif et des ferrugineux, dans le but de prévenir la résorption de l'ichor et l'établissement de la diathèse cancéreuse. Dans les cas d'œdème par grossesse, il suffit, pour faire disparaître l'infiltration, de coucher la malade sur le côté opposé. L'auteur attache beaucoup d'importance à combattre la tympanite, dans le cas de maladies graves, et il parvient à la dissiper en introduisant profondément dans le rectum une canule de gomme élastique.

Maladies des organes thoraciques et circulatoires. — L'auteur fait sentir: la nécessité de faciliter l'expectoration dans les maladies de poitrine, pour prévenir ce qu'il appelle l'asphyxie par l'écume bronchique; l'utilité de l'appréciation des divers râles, et il ne croit pas que le râle crépitant soit un signe certain de pneumonie, car il peut être dû à l'écume bronchique; il distingue avec soin plusieurs variétés de pneumonies nécessitant des modifications dans le traitement. L'expectoration est facilitée par l'attitude assise et la flexion de la tête sur la poitrine. Il a obtenu d'heureux succès de l'administration du tartre stibié à haute dose.

Pour M. Piorry, les tubercules sont le produit de l'inflammation pulmonaire; néanmoins, il subordonne la saignée à l'état de la nutrition chez les malades; selon lui beaucoup de phthisiques doivent être alimentés. L'égophonie est loin d'être un signe constant et fidèle de l'épanchement pleurétique; il s'est bien trouvé dans la pleurésie de l'emploi du vésicatoire après la saignée.

L'auteur expose avec soin les circonstances accidentelles qui, pendant la vie et après la mort, peuvent faire varier le volume du cœur et simuler des maladies organiques; on conçoit qu'ici la percussion joue un grand rôle dans l'appréciation de ce volume. Ce n'est le plus souvent que par de larges saignées qu'on soulage dans les maladies du cœur, suite de rétrécissement des orifices; mais alors, si le tube digestif est sain, il faut compenser les pertes en alimentant le malade.

La fièvre inflammatoire est souvent le résultat de la simple pléthore qui peut par elle-même déterminer des phlegmasies locales. A la suite de la pléthore l'auteur étudie l'anémie, dont il distingue plusieurs espèces basées sur l'aspect du sang.

Maladies des appareils sensitifs et locomoteurs. — Un des accidens les plus fâcheux de l'érysipèle est la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire de l'orbite; car telle est, selon M. Piorry, la voie par laquelle cette inflammation se propage à l'encéphale; il en conclut la nécessité de combattre avec énergie la phlegmasie des paupières et des orbites. Le traitement comparatif du zona par la cautérisation et par les émolliens a démontré la prééminence de la première de ces méthodes.

Nous trouvons ensuite un cas d'hémiplégie sans lésion cérébrale appréciable; un cas de perte subite de la parole avec conservation des facultés intellectuelles, et des remarques diverses sur les maladies du cerveau. L'auteur élève des doutes sur la réalité de l'apoplexie séreuse, l'épanchement devant être considéré, dans la plupart des cas, comme un phénomène cadavérique.

Relativement aux maladies des organes locomoteurs, M. Piorry fait observer que le lumbago est souvent le résultat d'une distension ou d'une rupture musculaires. Il signale les avantages des saignées et de la position dans le traitement des arthrites aigues, chroniques et de l'hydarthrose. Le rhumatisme est une inflammation, mais dans laquelle il existe une altération du sang. Suit un tableau des décès qui ont eu lieu à la clinique; puis un sommaire des cas principaux dans lesquels on a fait usage des divers genres de médication; enfin une apologie de la médecine rationnelle comparée à l'empirisme.

Ce mémoire de M. Piorry est plein de faits d'un véritable intérêt pratique; mais on pourrait y désirer plus de méthode et de liaison. C'est ainsi que certains paragraphes sont tout-à-fait insignifians, tel est un article de quatre lignes ayant pour titre cette

proposition banale : L'érysipèle est souvent fort grave.

Mémoire sur la pneumonie hypostatique, ou engouement pulmonaire. — Nous nous dispenserons d'analyser ce travail que nous avons inséré en entier dans les Transactions.

Recherches sur les causes occasionelles et sur la nature de l'affection appelée fièvre ou entérite-typhoïde.—L'auteur considère l'encombrement comme la principale cause occasionelle de la fièvre typhoïde, et trouve dans cette circonstance une de ses analogies principales avec le typhus, dont elle tire son nom. Sur 38 cas bien constatés, 35 ont affecté des individus habitant des espaces étroits, mal aérés ou encombrés par plusieurs individus. Les observations de M. Parent-Duchâtel et sur la santé des habitans des voiries sembleraient devoir infirmer cet aperçu, mais M. Piorry fait très bien observer que dans les voieries l'air se renouvelle; les émanations n'y sont point concentrées; il n'y a là ni soustraction d'oxygène ni addition d'acide carbonique. L'auteur accumule ensuite les argumens propres à démontrer l'influence des miasmes putrides dans la production d'une foule de maladies graves.

Quant à la nature de l'affection typhoïde, M. Piorry admet deux élémens : l'un est l'altération intestinale ; l'autre est une lésion générale, qui constitue la spécificité de cette maladie. La première, la lésion intestinale ou locale, est primitivement simple, franchement inflammatoire ; la lésion générale affecte la masse du sang, probablement par la voie des poumons ou par absorption de la matière que sécrètent les ulcérations intestinales ; cette association d'élémens morbides porte à faire appliquer à cette maladie le nom d'entérite-typhoïde comme exprimant sa double essence.

De ces considérations découlent les indications rationnelles qui se réduisent à deux préceptes fondamentaux : 1° combattre la phlegmasie intestinale ; 2° remédier à l'état typhoïde. Le premier comprend les antiphlogistiques ; le second les agens purificateurs locaux et généraux. Ce mémoire est très remarquable par la multiplicité des considérations pratiques qui s'y trouvent résumées et qui jettent de véritables lumières sur cette matière obscure.

Les mêmes principes dogmatiques ont présidé à la rédaction du mémoire sur les causes occasionelles qui ont spécialement agi dans l'épidémie de choléra observé à Paris. De ces causes, la plus fréquente et la plus grave, selon l'auteur, est l'altération de l'air, occasionée par l'encombrement. Il fait cependant abstraction de la cause prochaine, de cet agent inconnu qui fait naître le choléra là où d'ordinaire se manifesteraient des accidens typhoïdes. Grand nombre de faits sont rapportés à l'appui de cette opinion. M. Piorry s'attache ensuite à combattre les objections qu'on pourrait lui faire, et il termine par des conclusions qui résument les développemens précédens et les indications prophylactiques qui en découlent naturellement.

Mémoire sur l'ophtalmie palpébrale observée à la clinique de la Pitié, au mois d'août 1831.—L'auteur fait l'historique de cette singulière et grave épidémie d'ophtalmie palpébrale qui prit naissance parmi les orphelins de la maison de refuge et nécessita l'installation d'un hôpital temporaire, et c'est encore ici l'encombrement que l'auteur invoque comme principale cause provocatrice. Il résume ensuite le traitement dans les indications suivantes : 1° soustraire les enfans aux causes qui semblent favoriser le développement de la maladie (ventilation, isolement, propreté) ; 2° combattre la phlegmasie oculaire ; 3° prévenir l'accumulation du mucus derrière les paupières agglutinées; 4° remédier au gonflement œdémateux des paupières, par une compression méthodique, qui, quoi qu'en dise l'auteur, est moins simple et moins efficace qu'il ne le prétend ; 5° prévenir la perforation de la cornée (en dissipant la tuméfaction palpébrale au moyen de la compression); 6° remédier aux complications.

Mémoire sur les névralgies et sur leur traitement.— Après un court historique, l'auteur expose dix-huit observations particulières, desquelles il déduit la nature irritative des névralgies, bien que l'examen attentif des nerfs affectés pendant la vie, ne fasse pas toujours distinguer des lésions appréciables sur le cadavre. Cependant, en posant les règles du traitement, il prémunit contre l'abus des saignées et proclame l'efficacité, dans certains cas, du vésicatoire, des narcotiques, du sulfate de quinine et de divers remèdes empiriques, tels que les pilules de Méglin et l'huile essentielle de térébenthine ; ajoutons aux remèdes qu'il indique, l'emploi du sous-carbonate de fer dans les cas de névralgies concomitantes de l'anémie.

Mémoire sur la nature et le traitement de plusieurs névroses, et sur l'analogie qui existe entre elles et les névralgies.—Ce mémoire est en quelque sorte la suite du précédent. L'auteur expose l'état des opinions à l'égard des névroses qu'on s'accorde généralement à considérer comme dépendantes d'une lésion de l'axe cérébro-spinal. Il expose ensuite une série d'observations de névroses, qu'il divise en celles ayant leur siége dans les extrémités des filets nerveux, en celles qui prennent leur point de départ dans divers organes, parmi lesquelles il range l'hystérie, l'épilepsie, le tétanos, l'hydrophobie ; et il tire de cette masse de faits cette conclusion, entre autres, que la souffrance nerveuse, dans ce qu'on appelle les névroses, prend son origine dans les extrémités nerveuses périphériques ; et ce n'est que consécutivement que cette souffrance se propage aux centres sensitifs. Il conclut encore l'analogie complète entre les névroses et les névralgies, sous les rapports des causes, des symptômes, de la progression, de l'intermittence et enfin du traitement qui convient également aux unes et aux autres : c'est-à-dire rechercher le point de départ, appliquer à celui-ci les méthodes antiphlogistique, narcotique, stimulante, etc., selon l'indication, et transporter l'application de ces moyens aux centres nerveux, lorsque, consécutivement aux progrès du mal, ceux-ci se trouvent entrepris ; mais alors les chances de succès sont de beaucoup diminuées.

Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres intermittentes. — Nous avons donné le résumé de ce mémoire dans un de nos précédens cahiers, en faisant la revue de la Gazette médicale.

Mémoire sur les accidens cérébraux qui surviennent dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu. — Nous avons fait pressentir, à l'occasion du compte-rendu de la clinique, l'idée fondamentale qui fait la base de ce mémoire ; savoir, que les accidens cérébraux consécutifs à l'érysipèle résultent de la propagation de l'inflammation aux paupières et au tissu cellulaire de l'orbite, et par suite à l'encéphale. Ici, l'assertion est appuyée sur dix observations et développée au moyen de considérations d'anatomie médicale, suivies des indications pratiques qui en découlent et qui consistent à prévenir, par tous les

moyens connus, cette funeste propagation de la phlegmasie cutanée. Dans un paragraphe relatif à l'érysipèle des membres, M. Piorry fait ressortir l'influence avantageuse de la position élevée et de la compression.

Dissertation sur cette question : Quelle part a l'inflammation dans la production des maladies dites organiques.—Tel est le sujet de la thèse de M. Piorry, présentée au dernier concours pour la chaire de clinique interne à la faculté de Paris. Cette œuvre, d'un labeur étonnant, effectuée en douze jours, y compris le temps de l'impression, a valu à M. Piorry, de la part de ses compétiteurs, des complimens et des doléances sur tant de peines superflues, quant à sa destination actuelle. Dans son introduction, l'auteur cherche à préciser la signification des mots inflammation et maladies organiques : il s'en tient aux définitions les plus généralement admises par les auteurs, et prend pour types des maladies organiques, les tubercules, le cancer et les maladies du cœur.

Il entre ensuite en matière par des considérations générales sur l'inflammation et sur ses produits, insistant sur la variété d'aspects qui peuvent résulter d'un même élément morbide. L'auteur passe à l'histoire des tubercules, puis il examine si la pneumonie peut les produire, et conclut pour l'affirmative, sans admettre qu'elle soit la seule cause qui préside à leur naissance. Mêmes conclusions pour la bronchite, la pleurésie. D'autres lésions non inflammatoires du poumon peuvent aussi déterminer la formation de tubercules.

Le cancer est étudié dans le même ordre. M. Piorry se garde de le définir autrement qu'en décrivant ses caractères anatomiques; quant à sa génération, il conclut que les inflammations persistantes peuvent produire le cancer mais qu'il n'est pas prouvé que d'autres causes ne peuvent pas aussi le produire.

Relativement aux maladies du cœur, M. Piorry passe en revue les végétations, l'hypertrophie et l'influence des organes éloignés, du poumon particulièrement, et conclut encore que l'inflammation et d'autres causes peuvent produire ces maladies. Enfin, l'auteur donne pour conclusion générale de la question proposée, que, dans la production des maladies organiques, souvent la part de l'inflammation est très grande; que souvent cette part est très faible; que d'autres fois elle est nulle. La plus forte objection qui ait été faite à cette doctrine, a été produite, dans l'argumentation, par M. Sandras, qui a insisté sur ce raisonnement, lequel nous paraît vigoureux et logique, que, si les maladies organiques peuvent se produire sans participation de l'inflammation, cette dernière est totalement étrangère à leur essence et n'est plus qu'un accident.

M. Piorry n'a pas borné son travail à la solution pure et simple de la question, il y a joint un appendice qui comprend les résultats sommaires de sa pratique, relativement aux maladies organiques, et une trentaine de propositions sur la thérapeutique de ces mêmes affections.

Là se termine le livre de M. Piorry, l'un des plus substantiels qu'ait produits la littérature médicale récente. C'est l'œuvre d'un praticien actif, pénétrant, infatigable; et quiconque le lira en retirera certainement des connaissances fécondes en applications salutaires.

FORGET.

De l'épicurisme et de ses principales applications; par J.-A. X., membre de l'Académie royale de médecine (in-8°, 72 p.; Béchet. Paris, 1831).

Annoncer et analyser un ouvrage dix-huit mois au moins après son apparition, est une chose tellement inouïe de nos jours, qu'on se demandera peut-être si nous manquons de copie pour remplir nos colonnes, ou si nous voulons essayer la résurrection d'un opuscule oublié? pourtant, ce n'est ni l'un ni l'autre point. Nous acquittons une dette depuis trop longtemps contractée; et quoique maintenant un écrit de dix-huit mois de date soit déjà prodigieusement vieux, celui-là, par son sujet même, échappe à la destinée commune; car il n'est que l'exposition et le commentaire d'un système entier de philosophie, qui, si ancien soit-il, ne saurait être oublié, et restera l'objet de l'assentiment des uns et de la réprobation des autres, tant qu'il y aura systèmes philosophiques au monde et puissance d'argumenter.

En effet, il ne s'agit de rien moins ici que du système d'Epicure, auquel M. J.-A. X. veut nous ramener, en nous faisant voir d'ailleurs combien, selon lui, les progrès et les découvertes que les sciences naturelles ont faits dans nos temps modernes, servent à renforcer les idées de ce philosophe : « L'épicurisme, une fois bien établi, obtiendra, d'après M. X., l'assentiment universel; il dissipera cette foule de préjugés qui contribuent à faire le malheur de la société, et mettra l'homme à même d'utiliser le mieux possible sa courte et fragile existence. » Le but de l'auteur est de hâter autant que possible cette grande et bienfaisante révolution. L'épicurisme, comme on voit, promet beaucoup. Eh quoi! une société sans préjugés, une société parfaitement heureuse, puisque l'on y saurait utiliser sa vie pour son bonheur et celui des autres! mais cela passe toute espérance; cela est si beau que je voudrais dès demain voir l'épicurisme devenir croyance et pratique catholique, pour jouir de cette délicieuse et à jamais désirable métamorphose de sociétés humaines.

De tous temps, les hommes, tourmentés par le besoin de connaître et de comprendre, placés qu'ils sont entre le problème de leur propre existence et celui non moins difficile de tous les phénomènes du monde extérieur, les hommes, dis-je, pour arriver à une solution toujours poursuivie et jamais atteinte, ont pris deux routes différentes. Par l'une d'elles, les uns sont arrivés à la croyance en un être tout-puissant, éternel, infini, créateur immatériel de la matière, dont tout émane et dont tout dépend : ceux-là ont renfermé tous leurs mystères dans un seul mystère, s'expliquant ainsi l'inexpliqué par l'inexplicable. Les autres, moins nombreux, ne voyant partout que la matière en action, ne jugeant qu'avec leurs sens, ne voyant partout que des faits matériels, s'en tenant à eux seuls, ont aussi cherché dans la matière seule les conditions de l'existence et de la variété des corps, et, dans les propriétés de la matière, la raison suffisante des phénomènes qui sont le résultat de quelques-unes de ses principales combinaisons; savoir : l'organisation animale, la pensée, la vie, en un mot. L'épicurisme a surtout envisagé ce but, et nous ne pensons pas devoir entreprendre ici l'analyse entière du système philosophique que M. X. a cru devoir rajeunir, en combattant par de nouveaux argumens les objections qu'on a faites à

son auteur, et en le fortifiant de toutes les inductions que la science moderne peut lui fournir. Seulement, nous insisterons sur les points les plus importans de l'ouvrage de M. X., comme étant ceux qui peuvent le mieux donner une idée du système et en faire apprécier la justesse.

Cherchant d'abord à faire crouler l'opinion qui admet une création et une organisation de l'univers par le fait d'une volonté indépendante de la matière, l'épicurisme proclame, comme on sait, l'éternité et l'incréation des atomes; il leur assigne des propriétés telles que la solidité, l'indivisibilité et la diversité des formes; et de la combinaison de ces atomes dans des proportions variées et innombrables, il fait sortir tout ce qui est, il organise les mondes, il les jette dans l'espace, et trouve ainsi, dans l'affinité des atomes, dans les propriétés nouvelles qu'ils acquièrent par le fait de leurs combinaisons, la nécessité de tous les phénomènes qu'offre à l'intelligence l'harmonieux ensemble de l'univers. Mais ce n'est pas tout encore : sur ce monde, où l'agrégation des atomes n'a encore produit que des corps inertes, se trouvent d'autres corps doués d'une organisation plus compliquée, de corps animés, des corps possédant la vie, la pensée, l'intelligence. Or, voici comment Epicure, et après lui M. J.-A. X., nous révèlent le secret de leur existence. « Les rudimens de la vie, les conditions premières de l'animation, se trouvent dans certaines espèces d'atomes, qui, possédant ces propriétés de toute éternité, les conservent également sans que jamais elles s'affaiblissent en eux, et sont seules aptes à former des êtres organisés par leurs diverses combinaisons... Ces atomes n'ont pas besoin de sensibilité pour donner naissance à des êtres sensibles ; il suffit à cet effet qu'ils aient certaines qualités propres à développer la sensibilité, par leur combinaison, suivant des lois données ; tout comme les atomes du soufre et de l'oxygène, qui, pris isolément, ne possèdent pas l'acidité, et la développent quand ils sont unis ensemble. »

Ainsi la vie pouvant résulter de la réunion de certaines espèces d'atomes, il faut bien croire dès-lors aux générations spontanées; et cela une fois admis pour les infusoires, sortes de cristallisations d'atomes, renfermant en eux les conditions premières de l'animation, il ne sera pas beaucoup plus difficile d'admettre le développement spontané d'animaux de plus grande dimension, voire même de l'homme, car l'organisation de ces grands animaux n'est pas plus compliquée que celle des infusoires, chez lesquels Lhrenberg, micrographe, qui possédait sans doute d'excellens yeux et des instrumens fort délicats, a compté jusqu'à trente ou quarante estomacs. Or, si un animalcule, qui a quarante estomacs, peut naître spontanément par la seule combinaison de ses atomes, à plus forte raison l'homme, par exemple, qui n'en a qu'un. C'est précisément de cette manière que raisonne M. J.-A. X. Si maintenant on lui demande pourquoi de nos jours on ne voit plus de générations semblables, voici la réponse de notre Epicurien : C'est que la presque totalité de la matière organique est employée maintenant à former des composés vivans. Le lecteur pourra bien ne pas tout d'abord comprendre cette réponse ; moi-même, il m'a fallu y penser longtemps pour la saisir. Voici cependant comme je la traduirais en style plus intelligible : Il n'y a plus de générations spontanées pour les grands animaux (1) (c'est la presque totalité de la matière organique), parce qu'ils s'engendrent maintenant les uns les autres (employée maintenant à former des composés vivants). Ainsi il n'y a plus de générations spontanées, parce que les êtres vivans se reproduisent les uns les autres; cela est clair et précis. Mais je voudrais bien savoir à quelle époque les animaux ont cessé de s'engendrer spontanément, et surtout pourquoi ayant ainsi commencé, ils n'ont pas continué de la sorte? à cela je ne trouve aucune solution un peu satisfaisante; mais en revanche, M. X. nous assure que si, par un bouleversement de notre planète, tous les composés vivans venaient à être détruits, leurs atomes ne manqueraient pas de s'arranger suivant des conditions nouvelles, et redonneraient naissance à des animaux et à des végétaux dont ni vous, lecteur, ni moi, ne pourrions prévoir à l'avance les formes ou le caractère.

Les atomes, comme on voit, se divisent en ceux qui possèdent les conditions de l'animation, et ceux qui ne sont propres qu'à constituer la matière inanimée. Il faut donc d'après cela, qu'il y ait des combinaisons d'atomes supérieures les unes aux autres, les unes animées, pensantes; les autres inertes, brutes; car la pensée est la grande barrière qui sépare les animaux des autres corps matériels. Mais tous les atomes entrant dans la composition du corps d'un animal, ne sont pas employés à la pensée. Il peut perdre une jambe, une cuisse, il peut être cul-de-jatte, il peut même perdre certaines parties de son cerveau et penser encore. La combinaison d'atomes, destinée à former un animal, n'est donc pas toute entière destinée à développer en lui la pensée. Y aurait-il une certaine quantité d'atomes spéciaux chargés de cet office. En vérité, il y aurait encore quelques recherches à faire sur ce point.

Bien que les atomes soient éternels, ils ne sont pas de toute éternité entrés dans des combinaisons propres à former des animaux de l'espèce de ceux que nous connaissons. Dans notre globe, jadis entièrement liquide, se sont formées des cristallisations par couches successivement plus épaisses, puis un jour (car sans doute alors une assez forte collusion d'atomes avaient déjà constitué le soleil), en vertu des causes, maintenant encore difficiles à déterminer, la sphère creuse, formée par ces couches cristallisées, s'est rompue. Les immenses fragmens qui en sont résultés ont dû passer les uns sur les autres, et ont fini par se montrer à la surface du liquide. Les continens, d'après M. X., n'ont pas eu d'autre origine; et une fois qu'ils existèrent, les atomes éternels, qui, auparavant sans doute, fesaient toute autre chose, entrèrent immédiatement dans les combinaisons propres à former les animaux grands et petits, lesquels, à mon grand regret, ne s'engendrent plus maintenant de toutes pièces.

A la suite de ces considérations importantes, l'homme devient l'objet de l'attention spéciale de notre auteur. Il le considère sous le triple rapport de son état physiologique, social et religieux. Les phénomènes physiologiques et psychologiques, les plus simples comme les plus compliqués, sont rapportés par M. X. aux différentes propriétés dont jouissent certaines combinaisons de la matière; et à ceux qui refusent à la matière la faculté de penser, parce qu'ils ne le conçoivent pas, il répond qu'il est bien d'autres phénomènes physiques qu'il faut croire sans les concevoir davantage, parce que ce sont des faits. Or, la pensée, la conscience sont des faits que la suspension des fonctions organiques abolit, que le retour de ces fonctions ramène. La conscience, la pensée doivent

(1) Les végétaux rentrent de même dans cette question.

être considérées comme résultats d'actions organiques.

Cela une fois établi, l'âme n'est plus qu'une chimère, la croyance en son immortalité qu'une erreur, et l'on sait combien sont vaines et puériles les idées et plus encore les croyances et les pratiques religieuses. « Et qu'on ne croie pas, ajoute l'auteur, que cette opinion doive rester le partage d'un petit nombre d'hommes méditatifs, au contraire, la société prise en masse a le plus grand intérêt à être complètement désabusée sur tous les leurres religieux avec lesquels on l'a jusqu'à présent dupée. N'attendant plus rien d'un autre monde, tous les hommes chercheront sérieusement à tirer le meilleur parti possible de celui-ci... »

Or, je puis assurer à M. X. que c'est à quoi ils ne manquent pas dès à présent, bien qu'il y ait encore par-ci par-là quelques croyances religieuses. M. X. a beau vouloir nous enlever nos dieux, il en est un au moins que notre siècle retiendra à tout prix, l'argent, ou si l'on veut l'égoïsme, car l'un traduit l'autre. Au reste, une chose me paraît ici remarquable, c'est que notre réformateur promet à sa société d'athées les mêmes bénéfices que les hommes religieux, les chrétiens surtout, donnent comme ne pouvant être que le résultat de la foi en une pensée d'avenir. Ecoutez M. X., vous croirez entendre un prédicateur, montrant au Ciel et la justice de Dieu aux grands, aux puissans, aux faibles et aux opprimés : « Ce pas difficile une fois fait (l'idée acceptée » du néant), les malheurs, les revers de fortune et » tous les désappointemens dont est semée la vie » sembleront légers, ou au moins seront supportés » sans trop de faiblesse. Les grands succès, les bril- » lans postes aux affaires, les faveurs de la fortune » perdront de leur enivrement. Les pauvres, les » souffreteux se trouveront moins séparés des heu- » reux du jour... De là, naîtront ces sentimens de » modération sans lesquels on ne saurait goûter aucun » bonheur durable. »

Il m'a paru piquant de citer ce passage pour faire voir qu'il n'est pas aussi impossible qu'on le pourrait penser que l'esprit humain, engagé sur des routes toutes contraires, puisse admettre cependant des idées analogues, et donner lieu d'admirer une fois encore, après tant d'autres, l'étrangeté de notre nature. Maintenant une chose m'étonne; c'est qu'après avoir établi les générations spontanées, l'organisation de l'univers par les seules combinaisons matérielles, la non existence de l'âme, la niaiserie d'une croyance en une autre vie, qu'après, dis-je, avoir établi toutes ces choses, M. X. commette l'impardonnable inconséquence de croire en Dieu, et d'admettre l'existence d'une puissante intelligence, immense comme le monde, ...intelligence qui n'est pas un atome, qui n'est pas une collection d'atomes, qui est distincte des atomes, mais qui coexiste avec les atomes; et pourtant de quelle nécessité est cette intelligence, puisqu'avec nos atomes, qui ne sont d'ailleurs chacun en particulier ni intelligens ni pensans, nous pouvons tout expliquer? A quoi bon M. X. se donne-t-il tant de peine pour nous expliquer Dieu à son tour, dont nous n'avions plus besoin? Car si vous admettez maintenant que la pensée universelle, que l'infiniment grand, que Dieu enfin coexiste avec les atomes, que ce grand tout immuable préside aux changemens des parties, vos atomes ne seront plus agissans par eux-mêmes, les modifications et les combinaisons de la matière se trouveront régies par cette intelligence, l'ordre admirable qui règne dans cet univers sera la pensée, l'ouvrage de cette intelligence; et, prenons-y garde, de là à la Providence il n'y a plus qu'un pas; on finirait par recroire en Dieu et certaines combinaisons pensantes d'atomes, je veux dire certains hommes, reviendraient à soupçonner qu'ils pourraient avoir une âme.

Que si maintenant quelque lecteur peu clairvoyant, venant à soupçonner que l'épicurisme n'a pas entièrement éclairci tous mes doutes, me proposait d'admettre ou même d'imaginer un autre système, afin de rêver à mon tour que j'ai découvert le grand tout, je répondrais : Je n'ai garde... J'aime mieux apprendre à ignorer.

J.-C. SABATIER.

Plaies d'armes à feu; mémoire sur la cautérisation, et description d'un spéculum à bascule; par A. J. JOBERT, de Lamballe, docteur en médecine, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de médecine, etc. Paris, 1833. 1 vol. in-8°. fig. 7 f. 50 c. Chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 4.

Les circonstances dans lesquelles M. Jobert s'est trouvé comme chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, chirurgien en second de la maison de convalescence de Saint-Cloud, membre du jury médicale institué pour juger les blessures des combattans de juillet, l'ont mis à même de voir un nombre considérable de plaies d'armes à feu, depuis le moment de la blessure jusqu'à leur entière guérison; c'est le résultat de ses observations que l'auteur a consigné dans la première et en même temps la plus grande partie de son ouvrage.

Son histoire des plaies d'armes à feu est faite d'après un plan judicieusement conçu.

L'auteur commence par la description générale de ces plaies; descriptions qui comprend : 1° les corps variés qui les produisent; 2° les phénomènes qui accompagnent ces sortes de blessures; 3° les corps étrangers dont elles sont si souvent compliquées; 4° leur traitement général. M. Jobert parle ensuite des lésions produites par les projectiles lancés par la poudre à canon sur les tissus les plus importans de l'économie : les systèmes osseux, vasculaire et nerveux. Après cet examen vient la description des plaies par armes à feu des diverses régions du corps.

Le livre de M. Jobert renferme : 1° des doctrines généralement admises, nous n'en parlerons pas; 2° quelques opinions propres à l'auteur, nous les citerons en approuvant les unes et réfutant les autres; 3° des observations, c'est la partie la plus riche de l'ouvrage. Un grand nombre confirment les idées connues; quelques-unes prêtent un appui à des opinions qui n'ont pas aussi généralement cours : nous les citerons autant que le court espace d'un compte rendu le permettra.

Nous bornerons là nos critiques, négligeant de reprocher à M. Jobert son style de mauvais goût, quelquefois obscur, etc. L'instruction que procure la lecture d'un ouvrage de médecine étant, selon nous, la chose la plus importante qu'on puisse demander à son auteur.

Plusieurs blessés ont succombé au tétanos, M. Jobert a trouvé leurs nerfs altérés par une coloration en rouge très forte, et que le lavage ne faisait pas disparaître; ceux dont les nerfs étaient sains avaient

un ramollissement du cerveau. Ces observations militent en faveur de l'opinion de quelques auteurs qui attribuent le tetanos à l'inflammation très étendue du système nerveux.

Malgré les attaques violentes dirigées par les chirurgiens anglais, contre l'emploi du séton dans le traitement des plaies d'armes à feu avec fractures, les chirurgiens militaires ont jusqu'à ce jour continué à en faire usage en France avec raison, selon nous : on voit que M. Jobert en a retiré des avantages incontestables.

Quoique le débat autrefois élevé dans le sein de l'Académie de Médecine au sujet de l'amputation primitive ou secondaire soit définitivement jugé en faveur de la première, les praticiens feront bien de publier le résultat de leurs observations. Partisan de l'amputation primitive, M. Jobert en a pratiqué sept, dont six ont été suivies de guérison. La pourriture d'hôpital a enlevé le septième opéré.

Le chapitre où il est traité de l'action des balles mortes nous a paru remarquable. Nous avons noté surtout les phénomènes que produit une balle quand elle frappe perpendiculairement la peau qui recouvre un os. Si elle la contond de manière à en produire la mortification, la cicatrice qui suit la chute de l'escharre est circulaire comme celle d'un moxa. La ressemblance est si frappante que l'œil le plus exercé serait bien embarrassé d'y saisir la plus légère différence.

Une balle, en traversant de part en part une région du corps, fait deux ouvertures, dont l'une celle de sortie, est plus large que celle d'entrée. Si la balle traverse un os sans le fracturer, l'on remarque une pareille inégalité de diamètre dans les ouvertures d'entrée et de sortie, et si la balle reste enclavée dans l'os, la cavité peut offrir la forme d'un cône tronqué dont la base est dans le fond, et le sommet, tronqué, à la surface de l'os. M. Dupuytren a, dans ses leçons cliniques, donné l'explication de ce phénomène. La balle s'applatit et s'élargit à mesure qu'elle s'enfonce dans la substance de l'os par suite de la résistance que celui-ci lui fait éprouver. M. Jobert a reproduit cette explication, et pour en démontrer l'exactitude, a fait avec M. Barruel des expériences, en perçant avec une balle plusieurs planches placées les unes à la suite des autres. La connaissance de ce phénomène est essentiellement pratique, car si une balle est restée dans l'épaisseur d'un os, on ne pourra l'extraire qu'après avoir agrandi son ouverture d'entrée. Tous ces points nous ont paru très bien développés dans le traité de M. Jobert.

A propos des plaies du crâne, l'auteur fait remarquer que, loin de s'élargir, il arrive quelquefois qu'une balle en traversant l'épaisseur des os s'effile au point de ne faire qu'un petit trou aux parois du crâne. Quoique l'auteur rapporte des observations où une balle a été fendue en deux par un os, sans le rompre, il paraît peu disposé à croire que ce phénomène puisse se produire à moins que la balle mal fondue ne contienne de l'air. Mais la divison d'une balle qui heurte l'angle compact d'un os long est un fait trop souvent observé et trop facile à concevoir pour que nous puissions partager l'opinion de M. Jobert.

Quelques désarticulations de l'épaule, faites avec succès, opposées à des amputations malheureuses du bras pratiquées très haut, font préférer à l'auteur la première de ces opérations à la seconde. Celle-ci a, dit-il, pour inconvéniens : 1° d'exposer à la formation d'abcès sous le deltoïde; 2° de laisser une plaie dont il est difficile de rapprocher les bords; 3° de donner lieu à une inflammation de l'articulation scapulo-humérale, le tissu cellulaire lâche qui unit le deltoïde à l'humérus conduisant facilement l'irritation du moignon à l'épaule; 4° d'être plus souvent suivie de phlébite. Trop peu de faits étayent une semblable doctrine, pour que nous puissions l'accepter, et un moignon, si court qu'il soit, est, pour le blessé, une ressource tellement précieuse, que nous préférerons, jusqu'à nouvel ordre, l'amputation dans la continuité du bras à la désarticulation scapulo-humérale.

Terminons cette revue, en donnant l'analyse succincte de quelques-uns des faits très intéressans qui sont rapportés dans cet ouvrage. En suivant les blessures d'armes à feu dans chaque région du corps, nous avons noté : 1° la rentrée brusque du testicule gauche dans la cavité abdominale au moment d'une plaie faite par la balle qui pénétra au niveau du grand trochanter, contourna le fémur et passant sous l'épine antérieure de l'os de îles, vint s'arrêter dans la fosse iliaque; 2° l'atrophie d'un ou deux testicules par suite d'une blessure siégeant aux environs des organes génitaux, sans les intéresser. Un résultat semblable a été observé en Egypte par M. Larrey. 3° Une plaie de l'aorte faite par un grain de plomb qui s'était arrêté dans l'épaisseur des parois du vaisseau, et n'avait déterminé aucun accident. 4° Quelques guérisons de fracture de cuisse compliquées de blessure de l'artère fémorale. La ligature du vaisseau a paru dans ces cas, dit M. Jobert, modérer la violence de l'inflammation. 5° Une hémorrhagie mortelle causée par la blessure de la veine fémorale au-dessus de l'insertion de la veine saphène interne. 6° Une fracture de la thérosité ischiatique, avec séparation complète de cette tubérosité. Les muscles fléchisseurs de la jambe ont produit un écartement des fragmens de deux pouces d'étendue, et une substance fibreuse résistante est le moyen d'union qui attache la tubérosité ischiatique à l'os des îles, etc.

Des deux autres parties du livre de M. Jobert, la première est consacrée à la description d'un nouveau spéculum, dont l'avantage est de permettre une dilatation assez grande du fond du vagin sans fatiguer l'orifice vulvaire de ce canal, mais qui doit partager avec les autres instrumens du même genre l'inconvénient de laisser la muqueuse vaginale former un bourrelet longitudinal entre les bords écartés de l'instrument. L'autre partie traite de la cautérisation. Plusieurs succès obtenus par l'auteur à l'aide du cautère actuel dans des maladies variées, et contre lesquelles la plupart des autres traitemens avaient échoué, prouvent que les chirurgiens seraient coupables de laisser tomber en désuétude ce moyen plus effrayant que douloureux. A. Bérard.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er octobre.

Costume.

Une ordonnance du Roi détermine le costume des membres de l'Académie; ce costume sera un habit français noir, avec broderies violettes aux paremens et au collet; plus, une épée à poignée d'or et un chapeau demi-claque.—Une autre ordonnance donne aux membres-adjoints et associés résidans voix délibérative en matière de science.

Origine du vaccin.

M. le secrétaire donne lecture d'une note adressée par M. le docteur Fiard, et relative à l'origine du vaccin naturel. Jenner faisait provenir le vaccin de la maladie du cheval appelée les eaux aux jambes. M. le docteur Robert, de Marseille, a prétendu que le vaccin n'était autre chose que la variole communiquée à la vache et modifiée, dulcifiée par cette transmission. Enfin d'autres soutiennent que la vaccine est une maladie propre à la vache, comme la clavelée au mouton. Pour jeter des lumières sur cette question, M. Fiard a tenté diverses expériences. D'une part, il a inoculé à quatre vaches la matière recueillie sur un cheval atteint des eaux aux jambes. D'autre part, il a inoculé à onze vaches du pus de variole recueilli sur des hommes varioleux. Dans l'un et l'autre cas il n'est rien résulté. M. Fiard voulait répéter l'expérience du docteur Sunderland, qui consiste à envelopper un animal avec les couvertures d'un varioleux; mais il sait que ces expériences viennent d'être envain tentées à Alfort. En conséquence, il conclut que la vaccine est une maladie propre à la vache, maladie qui n'est pas le cow-pox, bien qu'elle lui ressemble sous beaucoup de rapports, et qui n'a été que rarement observée en France. — M. Girardin, rapporteur de la commission actuelle de vaccine, expose que la commission a bien senti la nécessité de répéter les expériences du docteur Sunderland, expériences qui tendraient à prouver que la vaccine provient de la variole; mais n'ayant pas de fonds pour procéder à ces expériences, elle a prié M. Girard de les faire exécuter à Alfort; elles ont eu lieu le 15 septembre dernier; mais c'est en vain que des vaches ont été pendant plusieurs jours dans des couvertures qui avaient servi à des varioleux, il n'en est rien résulté. On n'a pas obtenu plus de succès en Angleterre ni en Italie. Une dame du département du Tarn n'a pas été plus heureuse, au rapport de M. Bousquet. M. Huzard annonce que l'ancien comité de vaccine a également tenté sans succès l'inoculation sur des vaches avec du pus des eaux aux jambes, et du virus vaccinal. M. Husson croit que sous ce dernier rapport, la mémoire de M. Huzard est en défaut. M. Boiveau-Laffecteur père, a, dit-il, été vacciné et avec succès, avec du vaccin pris sur la vache, et qu'on avait développé chez elle par l'inoculation de vaccin pris sur des enfans. M. Salmade assure aussi que, sur la proposition de M. Guillotin, du vaccin inoculé à une vache a produit chez elle le cow-pox, lequel a servi à vacciner des enfans.

Traitement du choléra-morbus.

M. le Dr Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, lit une note sur un moyen propre à provoquer, dans la période algide du choléra, une réaction prompte et salutaire. L'an dernier il appliquait tout le long de la colonne vertébrale des pièces d'étoffes de sept à huit pouces de long, et imprégnées d'un mélange d'ammoniaque liquide et d'huile essentielle de térébenthine; puis il recouvrait ces étoffes d'un linge de même dimension et humecté d'eau chaude; après quoi il promenait lentement sur le tout un fer à repasser assez chaud pour vaporiser les liquides et en repousser la vapeur sur les tégumens. Ainsi la sensibilité de la peau était excitée, en même temps que le tissu de cette membrane et la faculté absorbante restaient intacts, et une stimulation puissante était portée sur les nerfs qui président à l'action prête à s'éteindre du poumon et du cœur. Mais ce procédé avait pour inconvéniens de laisser une partie du tronc du malade exposée nue aux influences de l'air souvent humide et froid, d'obliger le malade à rester couché sur le ventre pendant tout le temps de l'opération. C'est à éviter ces inconvéniens que tendent les perfectionnemens que propose aujourd'hui M. Petit. Dans une boëte d'étain de deux pieds de long sur huit pouces de large et deux et demi de haut, il introduit de l'eau bouillante animée de sel commun. Cette boëte occupe le centre d'un paillasson de balle-d'avoine dont les bords se retroussent et recouvrent les angles de la boëte; le malade est placé et maintenu sur cette espèce de lit pendant une demi-heure, trois-quarts d'heure; la vaporisation du liquide qui imprègne les flanelles placées le long du rachis, est effectuée et va rétablir le jeu des poumons et du cœur. La différence, comme on voit, consiste en ce que l'an dernier on appliquait le remède au malade, tandis qu'aujourd'hui c'est le malade qui s'applique au remède. M. Petit, à ce traitement externe, joint pour traitement interne une infusion aromatique légère, une potion antispasmodique, et l'usage de morceaux de glace mis de temps en temps dans la bouche. Sur quatorze malades auxquels M. Petit a fait, dans la récente recrudescence du choléra, application de son appareil, treize ont guéri, et plusieurs étaient déjà dans la période algide.

Nutrition et maladies des humeurs de l'œil.

M. Bouillaud, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bourjot-Saint-Hilaire, intitulé : Essai sur l'application de la théorie du phénomène de l'endosmose et de l'exosmose à la circulation des humeurs de l'œil, à la nutrition du crystallin, et à quelques maladies de ces parties de l'œil. Le travail de M. Bourjot se

compose de trois parties. Dans la première, destinée à rappeler les opinions des divers physiologistes sur la manière probable dont se forment et se renouvellent les humeurs de l'œil, M. Bourjot cite l'opinion de M. Ribes, qui fait sécréter l'humeur aqueuse par les procès ciliaires; celle de Petit, qui attribue la nutrition du crystallin à une simple imbibition; celle de M. de Blainville, qui regarde le crystallin comme un dépôt non organisé. Il croit que la vascularité long-temps admise dans le crystallin pour expliquer la nutrition de cette partie de l'œil, et que la théorie qui long-temps a attribué les opacités de ce crystallin ou les cataractes à un travail inflammatoire, sont autant d'idées admises seulement *a priori*, et que l'observation stricte des faits doit faire rejeter. Dans la seconde partie, il rappelle la théorie de l'endosmose et l'exosmose de M. Dutrochet, et en fait l'application à la formation et au renouvellement des humeurs de l'œil. Ainsi soient deux fluides de densité différente, séparés seulement par une membrane, il s'établit aussitôt, dit M. Dutrochet, un fort mouvement d'endosmose du liquide le moins dense, vers celui qui l'est le plus, et un courant léger du liquide le plus dense vers celui qui l'est le moins, de sorte que l'équilibre tend à s'établir quant à la densité des deux fluides. Or, c'est en cela, selon M. Bourjot, que consiste le mécanisme de la circulation des humeurs de l'œil. — Par exemple, l'humeur aqueuse passe par endosmose à travers la capsule du crystallin. L'humeur de Morgagni passe en vertu de la même loi, à travers la paroi postérieure de la capsule crystalline dans les mailles du corps vitré; et celui-ci enfin se décharge dans les parois veineuses qui rampent à la surface de la membrane hyaloïde. Ainsi l'idée mère de la théorie de M. Bourjot est que les humeurs de l'œil ayant des densités différentes, et étant séparées par des tissus animaux délicats, minces et poreux, ces humeurs se prêtent à un double courant d'endosmose et d'exosmose. Enfin, dans la troisième partie, M. Bourjot, cherche à appliquer cette théorie à l'explication des maladies des humeurs de l'œil, aux diverses cataractes; par exemple, que la densité de ces humeurs varie; par suite leurs proportions, leur circulation changent, et se forment les diverses cataractes qui ne sont jamais, quoi qu'on en ait dit, le produit d'une inflammation. La commission donne des éloges au travail de M. Bourjot, plein d'idées ingénieuses.

Maison centrale de détention de Fontevrault.

Scrofules. — M. le préfet de Maine et Loire a fait envoi d'un rapport des officiers de santé de la maison centrale de détention de Fontevrault, sur les causes qui ont augmenté le nombre des scrofuleux de cette maison, en 1833. — Les officiers de santé attribuent cette augmentation aux variations de l'atmosphère et aux pluies continuelles de l'hiver. M. Londe, au nom d'une commission que l'Académie avait chargée d'examiner le rapport fait à l'autorité par les officiers de santé de la maison de Fontevrault, partage l'opinion de ces officiers de santé. Il approuve la proposition faite de construire sans délai des latrines dans l'infirmerie des hommes. Mais il veut que, si ces latrines ne peuvent être établies sur des courans d'eau, ou à portée des réservoirs qui les vuident incessamment, elles soient adaptées à un appareil de fosses mobiles, et placées dans des tours aux deux angles diamétralement opposés du bâtiment. Il conseille aussi de placer entre chaque lit, pour les malades qui ne peuvent sortir, des chaises percées dans lesquelles on versera préalablement un peu d'eau de chaux.

Séance du 8 octobre.

Causes de la présentation plus fréquente de la tête dans l'accouchement.

M. Maygrier lit un mémoire sur cette question, que dans une des précédentes séances de l'Académie avait déjà traitée M. P. Dubois. Ce dernier avait attribué la position de la tête du fœtus en en bas, non à l'influence de la gravitation devant porter au lieu le plus déclive cette partie du fœtus qui est la plus lourde, ainsi qu'on l'avait fait jusqu'à présent, mais à un instinct du fœtus qui faisait prendre à cet être la position la plus favorable à la sortie. C'est à réfuter cette opinion que tend le mémoire de M. Maygrier. On ignore encore, dit cet accoucheur, la marche que suit l'œuf humain pour s'introduire dans l'utérus, et sous quelle forme il y pénètre; mais il est sûr que lorsqu'il y entre, la cavité de l'utérus est si vaste relativement à lui, qu'il y est comme perdu, pesant moins que le liquide au milieu duquel il est suspendu. Il est donc impossible de dire quelle y est alors sa position; et ce n'est que plus tard, lorsque par suite de développemens il aura contracté des communications avec l'utérus, qu'il aura une position déterminée. Or, il faut distinguer ici, et la position absolue du fœtus, c'est-à-dire celle qu'affectent entr'elles les diverses parties de son corps, et la position relative, c'est-à-dire, sa situation relativement à l'utérus. En ce qui concerne la première pendant tout le cours de la grossesse, à partir des six premières semaines, le fœtus se rencontre la tête abaissée sur la poitrine, les bras croisés sur cette partie, le tronc recourbé sur lui-même, les cuisses fléchies sur l'abdomen, et les jambes sur les cuisses; et dans cette position pelotonnée et comme accroupie il représente assez bien un ovoïde dont les deux extrémités sont très bien disposées pour franchir spontanément et sans obstacles la filière osseuse du bassin. Est-ce à la pression exercée par la matrice sur l'enfant, où à la forme de cet organe, qu'il faut attribuer cette position de l'enfant? Non, car dans l'origine la matrice est sans influence sur le fœtus, qui est comme isolé, perdu dans sa cavité. Cette position est l'effet de l'évolution propre de l'enfant, du mode selon lequel il se développe, et certainement elle ne doit être attribuée alors ni à une influence physique extérieure, ni à une impulsion instinctive. Jusque là le fœtus est sous l'influence unique des lois de la nutrition, et il en sera de même jusqu'au moment où, ayant acquis une consistance pondérable un peu prononcée, il sera de plus, comme tout corps matériel, soumis aux lois physiques de la pesanteur. Arrivant ensuite à la position relative du fœtus, M. Maygrier avance que ceux qui ont attribué à la seule influence de la gravitation la position de la tête du fœtus en en bas, ont bien saisi la cause principale, mais en ont négligé plusieurs autres tirées de l'action de la matrice, de celle des eaux de l'amnios, etc. D'abord il ne peut concevoir que dans cet état de pelotonnement dans lequel se montre le fœtus, cet être ait le moindre

sentiment de son existence, la moindre volonté, et par conséquent cet instinct en vertu duquel, selon M. Dubois, il prendrait la position la plus favorable à sa sortie : des actes sensoriaux, loin de lui servir alors, lui seraient au contraire nuisibles : et si l'on le sent se mouvoir dans le sein de sa mère, ces mouvemens ne révèlent pas en lui une volonté, mais se produisent irrésistiblement en lui consécutivement à ses relations organiques avec sa mère. M. Maygrier ensuite fait remarquer que des deux extrémités de l'ovoïde que représente alors le fœtus, et par lesquelles il peut effectuer sa sortie, celle de la tête est la plus favorable, et celle dont la nature a dû rendre la présentation la plus fréquente. Or, comment est-elle arrivée à ce résultat? Pour parvenir à la connaissance de ce fait, il faut, dit M. Maygrier, suivre le produit de la conception dans l'utérus, pendant tout le temps qu'il y séjourne, y vivre en quelque sorte avec lui, suivre de l'œil et du geste les divers mouvemens qu'il y exécute, et ne le quitter qu'au moment de l'accouchement. Or, voici le tableau qu'il trace des faits relatifs à ces recherches. Jusqu'au deuxième mois de la grossesse, la position relative du fœtus n'est pas rigoureusement déterminée : cela résulte de sa mollesse, de sa forme globuleuse, de son défaut de pesanteur spécifique, de l'apparence à peine visible du cordon ombilical, d'une part; et d'autre part, de la nature épaisse qu'a alors le liquide amniotique, de la forme arrondie de la matrice. A la fin du troisième mois, au contraire, se détermine la position qu'affectera alors le fœtus pendant toute la durée de la grossesse. Alors en effet la matrice, jusqu'alors renfermée dans le bassin, commence à s'élever au-dessus du détroit supérieur, et offre une amplitude qui permet au fœtus d'obéir avec plus de facilité aux mouvemens qui lui sont imprimés : les eaux de l'amnios sont moins glutineuses, deviennent plus légères, et le fœtus les surpasse en pesanteur spécifique; le développement de celui-ci se fait de telle manière, que ces parties supérieures (tête, trone, membres thoraciques), sont déjà volumineuses, pesantes, tandis que ces parties inférieures restent minces, exiguës. Conséquemment ces parties supérieures doivent par le fait seul de la gravitation, se porter en en bas, et le cordon ombilical, qui est alors court, mais déjà assez consistant, doit permettre ce mouvement. Ainsi le fœtus prend la position qu'il gardera toujours; et en effet, la forme elliptique alongée que prend de ce moment la matrice, ne lui permettrait plus de la changer. Et en effet cette situation n'est-elle pas révélée par le toucher, dès le cinquième mois de la grossesse, quand on fait exécuter au fœtus le mouvement dit de ballottement? A toutes ces causes de la position de la tête du fœtus en en bas, M. Maygrier ajoute l'impulsion exercée sur la tête par le sang que projette le ventricule gauche du cœur du fœtus dans les artères sous-clavières et carotides. Il est bien vrai qu'on a objecté au système qui explique, par la pesanteur, la position de la tête du fœtus en en bas : 1° que dans les fausses-couches de deux et trois mois, les petits fœtus n'ont pas présenté la tête, et le plus souvent sont venus par le siège; 2° que la plupart des enfans qui meurent du septième au huitième mois de la grossesse, viennent aussi par le siége; 3° et qu'enfin dans des expériences on a vu des enfans morts plongés dans l'eau y rester suspendus dans une position horizontale, et sans que la tête se précipite au fond du vase. Mais M. Maygrier répond : 1° que les avortons de deux à trois mois sont si mous, si peu consistans, que la matrice, en se contractant sur eux, les replie, les fait sortir en double, en quelque sorte; 2° que si les fœtus de sept à huit mois morts, sont le plus souvent expulsés par le siège, cela tient au fait de leur mort qui amenant en eux de la flaccidité, de la mollesse, permet bien plus à la matrice de modifier, par ses contractions, leur position première. 3° Enfin, que les expériences invoquées sont sans valeur, comme assimilant ce qui arrive à un cadavre d'enfant plongé dans un baquet d'eau, ce qui arrive à un enfant vivant renfermé dans la matrice, et se développant dans l'intérieur de cet organe vivant et actif lui-même.

Cette lecture provoque une discussion qui remplit le reste de la séance. — M. Dubois ne trouve pas dans le mémoire de M. Maygrier des argumens assez forts pour le faire renoncer à son opinion. Les expériences qu'il a faites et qu'il invoque ont été faites par lui avec le plus grand soin, et sur des enfans qui n'avaient pas respiré. Si la pesanteur peut avoir quelque part sur la position de la tête du fœtus en bas, chez la femme dont l'utérus présente des plans inclinés, il ne peut plus en être de même dans les animaux où la matrice et les trompes sont horizontales, et cependant leurs fœtus sont situés comme le fœtus humain. Enfin l'influence de la position déterminée par les artères de la base du crâne, est une influence toute organique, et est une modification au système tout physique de la gravitation. — M. Maygrier réplique qu'il n'invoque pas la gravitation seule, mais qu'il lui assigne comme auxiliaires et les contractions de l'utérus et les courbures de cet organe. — M. Velpeau pense que M. P. Dubois a fort bien démontré l'insuffisance des lois physiques pour expliquer la position en bas de la tête du fœtus, mais qu'il n'a pas bien prouvé que l'instinct soit la cause de cette position; comme M. Maygrier, il ne croit pas qu'on puisse assimiler un fœtus vivant et se développant dans la matrice avec un fœtus mort plongé dans un vase plein d'eau; la comparaison avec les fœtus quadrupèdes n'est pas plus exacte, car ceux-ci ont la tête moins pesante que l'abdomen. Enfin il remarque que tout homme qui tombe de haut tombe constamment sur la tête. M. Capuron donne des éloges au travail de M. Maygrier, et en approuve toutes les propositions; il a particulièrement, dans deux opérations césariennes qu'il a faites, reconnu l'exactitude de la position pelotonnée que M. Maygrier assigne au fœtus. Enfin, il est faux que les organes génitaux et des femelles des quadrupèdes soient, au moment du part, dans une position horizontale; en ce moment la vache se plie, et fait en quelque façon glisser ce jeune animal sur un plan incliné.

Séance du 15.

Le président informe l'Académie que par suite de mutations et décès survenus parmi ses adjoints, une place est vacante dans cette classe de l'Académie. Une commission est nommée pour désigner la section à laquelle devra appartenir le membre à nommer.

Altérations de la moelle épinière chez un bœuf; paralysie, etc.

M. Dupuy lit une observation dont voici la sub-

stance : Un bœuf de cinq ans avait les membres postérieurs paralysés, au point d'être privés de sentiment et de mouvement. Il avait la mastication imparfaite, la rumination à de longs intervalles, les battemens de l'artère maxillofaciale accélérés, la respiration fréquente, courte, avec toux; la peau collée aux os; il avait de plus une diarrhée abondante. La maigreur, du reste, se bornait aux parties paralysées. L'animal fut abattu et ouvert. La partie de la moelle de l'épine qui correspond à la région lombaire était ramollie, la substance grise décolorée; les racines des nerfs qui prennent de là leur origine, étaient comprimées et en quelque sorte étranglées, entre autres les filets qui traversent les méninges. Ces méninges étaient épaissies et couvertes à l'extérieur de concrétions calcaires de couleur jaunâtre. Rien de singulier ne s'offrait dans le reste de cette moelle, non plus que dans le cervelet et le cerveau.

Ce fait prouve ce que l'on ne soupçonnait pas, il y a trente ans, et ce que cependant M. Dupuy soutenait dès ce temps là; c'est que l'action et les maladies de la moelle épinière ne dépendent ni de l'action ni des maladies cérébrales. Il constate de plus un genre de lésion contre lequel échouerait l'action de l'électricité, comme elle échoue contre un ver hydatique, contre une exostose, contre toute compression mécanique exercée plus ou moins fortement sur la moelle de l'épine. Ce bœuf avait de plus les muscles des régions lombaires et ceux des membres postérieurs décolorés, ramollis, atrophiés. Les intestins, le foie, les poumons offraient les altérations les plus étranges. Le péricarde était fondu sur le cœur, et le cœur était pâle et ramolli comme les muscles. Enfin, les ganglions lymphatiques du mésentère, de l'entrée de la poitrine, et ceux qui sont placés entre les divisions des bronches, renfermaient dans leur intérieur de nombreuses masses crétacées. M. Dupuy se propose de faire connaître dans un second mémoire sa manière d'envisager la proscution de ces masses extraordinaires et de ces lésions organiques si bizarres.

Typhus.

M. Bally lit un rapport sur deux mémoires de M. Fleury, médecin en chef de la marine à Toulon, relatif au typhus qui en 1830 et 1832 a régné dans le bagne de cette ville. M. Bally s'applique d'abord, par des exemples tirés des localités maritimes dans les différens points du globe, à réfuter les opinions avancées précédemment, savoir que le typhus se développait à Toulon par la stagnation des eaux et celle de l'air. Dans un second rapport, il rendra plus spécialement compte du travail de M. Fleury.

Instrumens pour l'obstétrique,

M. Dugès présente à l'Académie une suite de nouveaux instrumens relatifs à l'art des accouchemens. 1° Une branche de forceps à cuiller tournante et à laquelle s'adaptent plusieurs crochets aigus ou mousses, un trois-quarts à hydrocéphale et un térébellum; 2° une anse à fer à cheval qu'il désigne sous le nom de *basilabe*, que l'on fait glisser sur la base du crâne, et qui muni de trois lacs promet d'exercer des tractions, 3° un crochet à délivrance pour remplacer la pince à faux germe de Levret; 4° un *spéculateur* à deux branches mobiles; 5° des pessaires garnis d'éponges et de formes variées : ces derniers instrumens peuvent être faits extemporanément en fil métallique, par l'ouvrier le moins habile; 6° un *céphalatome* à branches tranchantes très puissantes qui, au moyen d'une ou de deux incisions faites sur la tête du fœtus, permettent de l'extraire, même à travers le bassin le plus rétréci.

Séance du 22.

M. Double commence la lecture d'un rapport sur l'organisation médicale, (V. aux Variétés.) — Comme la discussion de ce rapport occupera plusieurs séances, l'Académie tiendra des séances extraordinaires les samedi, pour ses travaux habituels.

Tumeur fougueuse de la dure-mère.

M. Bérard communique l'observation d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, dont l'ablation a nécessité l'application de seize couronnes de trépan, et a été suivie d'une encéphalite mortelle, 34 heures après l'opération. Il soumet la pièce pathologique à l'examen des membres de l'Académie.

Séance du 29.

Cette séance est remplie par la continuation de la lecture du rapport de M. Double.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 7 octobre.

Traitement des névralgies faciales.

M. Double fait, un rapport sur le mémoire de M. Deleau, relatif à cette maladie et dont il a été déjà parlé; M. Double a répété les expériences de M. Deleau sur diverses névralgies de la face et des membres; mais il n'a observé qu'un effet sédatif marqué et non pas la guérison comme le prétendait l'auteur du mémoire. De plus, M. Double a vu que la dilatation de la pupille et le trouble de la vision qui résulte de l'usage de la belladone sont d'autant plus considérables et plus rapides que l'action sédative sur la douleur existante reste moindre; les conclusions du rapport sont d'engager M. Deleau à continuer ses recherches.

Séance du 14 octobre.

Propriétés physiques et thérapeutiques du chromate de potasse.

M. Jacobson, associé étranger de l'Académie, lit une notice sur cette substance. — Le chromate de potasse, qui supporte sans se décomposer l'influence d'une très haute température, est cependant décomposé par le carbone, mais la décomposition n'a lieu que sous certaines conditions et elle est accompagnée d'une incandescence très vive. Cette propriété

peut être mis à profit pour augmenter la combustibilité de certaines substances végétales, telles que le linge, le coton, le papier; il suffit de les imbiber d'une solution de chromate de potasse; après la dessiccation elles brûlent en donnant beaucoup de chaleur et de lumière, mais pas de flamme. L'acide, les oxydes et les différens sels de chrome possèdent la même propriété, mais à un moindre degré, et M. Jacobson pense que, dans le cas du chromate de potasse la combustion ne dépend pas uniquement de la décomposition de l'acide chromique, produite sous l'influence du carbone, mais bien plus de la décomposition de la potasse qui a lieu par l'action du carbone et par celle du chrome décomposé.

Parmi les applications qu'a faites M. Jacobson de l'action du chromate de potasse pour accélérer la combustion sans flamme des substances végétales, il indique les *moxas*, qu'il prépare d'une manière très simple. Des bandes de papier Joseph pénétrées d'une solution de ce sel (une partie sur seize d'eau) sont roulées en cylindres dont on varie, suivant les indications, le diamètre et la longueur. Ces *moxas* brûlent facilement et sans qu'il soit nécessaire de les souffler ou de les ventiler. M. Jacobson indique d'autres applications qu'on peut faire des propriétés qu'il a observées dans ce sel. Ainsi, en chimie, il servirait pour la décomposition des substances organiques; en pharmacie, pour la préparation des pastilles fumigatoires; mais c'est surtout pour la pyrotechnie militaire qu'elle paraît offrir de grands avantages, spécialement pour la prompte préparation des mèches. Une toile grossière imbibée d'une solution de chromate, cousue en forme de fourreau sur la corde qui doit servir de mèche, remplit parfaitement le but, tandis que le procédé ordinaire est très long. Une autre propriété du sel étudié par M. Jacobson (celle de pouvoir se combiner avec différentes substances végétales ou animales sans se décomposer), jointe à sa grande solubilité dans l'eau, le rend propre à prévenir, dans une foule de cas, la fermentation ou la putréfaction; mais pour cet usage le bichromate est préférable au chromate neutre. Une solution très étendue (4 parties de sel sur 1,000 d'eau) est propre à conserver les pièces d'anatomie sans altérer leur forme et leur consistance, et elle offre ce grand avantage sur plusieurs des préparations employées qu'elle n'oxyde pas les instrumens de dissection. Après être restées quatorze mois dans la liqueur, des pièces ont pu être disséquées et préparées presque comme si elles eussent été fraiches; du reste, ceci n'est vrai que pour les substances membraneuses, car les parties nerveuses, comme l'auteur du mémoire l'a reconnu, sont sujettes à s'altérer.

Quant aux effets du chromate de potasse comme remède interne, M. Jacobson en a constaté plusieurs qui avaient été observés avant lui par Gmelin et quelques autres qu'il se propose de faire connaitre plus tard. Pour le présent, il se borne à faire remarquer que le chrôme réduit ne doit pas être rangé parmi les métaux très vénéneux, et qu'il se place près du zinc, du bismuth et de l'antimoine. Appliqué à l'extérieur, le chromate de potasse agit comme résolutif, et s'il est concentré, comme corrosif. On en a retiré de bons effets dans le traitement des ulcères invétérés et de quelques affections cutanées. A l'extérieur, il agit comme émétique, aussi promptement que le tartre stibié et sans irriter le canal intestinal. Donné à la dose d'un demi-grain toutes les deux ou trois heures, il provoque des nausées et peut être employé avec succès dans certaines affections de la poitrine et contre quelques accidens spasmodiques.

Séance du 21.

Rapport des sexes dans les naissances.

M. Girou de Buzaraingne lit un mémoire sur ce sujet. Dans ses précédens mémoires, l'auteur a considéré le sexe masculin comme déterminé par la prédominance de ce qu'il nomme la force motrice. Il a signalé toutes les causes qui, telles que le travail, la tempérance, les bonnes mœurs, peuvent accroître cette force, comme étant favorable à la procréation des garçons, et toutes les causes qui peuvent la diminuer, comme favorable à celle des filles. Dans les rapports d'âge, de sexe et de tempérament des pères et de mère, il a trouvé aussi des causes procéatrices d'un sexe plutôt que de l'autre. Il y a fait observer qu'en France dans les départemens où domine spécialement l'industrie rurale, le nombre relatif des naissances masculines s'élève au-dessus de la moyenne; tandis que sous l'influence de l'oisiveté ou d'une industrie qui exige plus d'intelligence que de force, plus d'attention que de mouvement, croît le nombre relatif des naissances féminines. Les nouvelles recherches de l'auteur ont été entreprises sur l'invitation de l'Académie et pour répondre aux objections qu'avait élevées contre les résultats des premières un statisticien allemand. Afin de bien constater l'influence de la vie molle et sédentaire des villes, l'auteur s'est procuré, par l'entremise des préfets; les relevés authentiques des naissances pendant les dix ou douze dernières années dans les villes de Lyon, Marseille, Bordeaux, Rouen, Nantes et Montpellier. Là, comme à Paris, il a trouvé le nombre des naissances féminines au-dessus de leur moyenne dans toute la France. Des relevés statistiques pris dans diverses publications lui ont offert le même résultat pour beaucoup de grandes villes : au Cap de Bonne-Espérance, les maitres produisent plus de filles que les esclaves. M. Girou avait fait remarquer dans son premier mémoire que les naissances hors mariage donnent un plus grand nombre relatif de garçons aux hôpitaux qu'à domicile. Cette observation est confirmée par les relevés des naissances de la ville de Paris, depuis 1817 jusqu'à 1831 inclusivement, et par ceux déjà mentionnés des principales villes de France. A cette observation, M. Girou en ajoute une nouvelle et analogue sur les enfans légitimes, mais le résultat est tout-à-fait opposé à celui qui a lieu pour les enfans naturels. Il attribue le premier de ces faits à la misère et au jeune âge des mères, et le second, à leur âge avancé, à la paresse ou à la débauche des maris, ou à leur débilitation, suite des privations et des fatigues que leur ont imposées les besoins d'une nombreuse famille.

M. Girou passe ensuite à l'examen des principales objections qui lui ont été faites; il explique par certaines conditions les résultats qui semblent opposés à son système. Ainsi, si en Suède, le nombre relatif des filles est plus grand qu'en France, c'est que les Suédois sont en général moins laborieux que les Français. Comme la rigueur du climat de la Suède ne permet pas de s'occuper d'agriculture plus de trois ou quatre mois chaque année, ce peuple est plus manufacturier que cultivateur. En outre, une

cause qui a eu jusqu'à présent de l'influence sur la prédominance des naissances femelles est que les femmes ne s'y marient guère que lorsqu'elles ont atteint leur parfait développement.

Développement des mammifères.

Le docteur Coste, dont les travaux entrepris, de concert avec le professeur Delpech, sur la formation des oiseaux, ont été couronnés par l'Académie, présente aujourd'hui ses recherches sur les mammifères. Il commence par constater la divergence des opinions des naturalistes sur cette question difficile, et s'attache à faire voir que l'œuf de la femme et des mammifères, cherché depuis tant d'années par les observateurs, n'a point encore été signalé ni décrit avec l'appui d'un assez grand nombre de faits pour mettre un terme à l'incertitude des savans. Cependant, au milieu des opinions contradictoires qui ont été émises, il en est deux qui semblent se partager les suffrages. La première considère les vésicules de Graaf comme les œufs des mammifères, pendant que la seconde admet au contraire que l'œuf est le petit corps sphérique que ces vésicules renferment.

Pour résoudre ce problème important, M. Coste a ouvert quarante lapines fécondées. Les faits qu'il a ainsi observés l'ont conduit à cette conclusion, que c'est véritablement le petit corps sphérique contenu dans les vésicules de Graaf qui est l'œuf des mammifères, et que cet œuf ne diffère en rien de celui des oiseaux.

Vésicules de Graaf. — Les vésicules de Graaf, dit-il, ne sont pas les œufs des mammifères, car elles sont bien plus volumineuses que les œufs qu'on rencontre dans les trompes utérines. Et, par exemple, chez les lapines, elles ont une ligne et demie de diamètre; pendant que les œufs trouvés dans les trompes n'ont qu'un seizième de ligne environ.

D'un autre côté, si l'on a égard à ce qui se passe dans l'ovaire deux ou trois jours après la conception, on voit bien que le nombre des vésicules de Graaf qui ont disparu est égal à celui des œufs qui sont arrivés dans les trompes utérines, mais qu'à la place qu'occupait chacune d'elles, leur membrane extérieure, déchirée dans un point seulement, persiste pour concourir à la formation des corps jaunes.

Ce fait, qu'il n'est plus possible aujourd'hui de révoquer en doute, démontre de la manière la plus évidente que ce ne sont pas les vésicules de Graaf qui doivent être considérées comme les œufs des mammifères, et qu'il ne faut par conséquent pas leur chercher d'analogie avec ceux des oiseaux.

Œufs des mammifères. — Il existe à la face interne de l'enveloppe propre des vésicules de Graaf, un dépôt membraniforme qui les double dans toute leur étendue, excepté dans un seul point où se trouve logé un petit corps sphérique d'un sixième de ligne de diamètre. C'est là le véritable œuf des mammifères; il est transparent, et composé de la manière suivante :

1° Une enveloppe extérieure, que M. Coste désigne sous le nom de vitelline, parce qu'à la manière de la membrane qui renferme le vitellus de l'oiseau, elle est en contact immédiat avec la cicatricule, blastoderme ou son analogue; parce que, restant étrangère au développement des vaisseaux, elle renfermera le fœtus et ses annexes sans avoir avec eux aucune liaison de continuité.

2° La membrane vitelline renferme dans sa cavité une masse sphérique d'un gris-jaunâtre, composée de globules et de granules. Cette masse est évidemment le vitellus des mammifères, car c'est sur lui que repose l'analogue de la cicatricule ou blastoderme, car c'est à ses dépens que ce dernier va se développer.

3° A la surface du vitellus, on remarque une couche membraneuse d'un gris-jaunâtre, en contact par sa face externe avec la face interne de la surface du vitellus; c'est une vésicule complète dans laquelle le vitellus se trouve renfermé. Cette disposition semblerait, au premier abord, exclure toute comparaison avec la cicatricule de l'oiseau, puisque cette dernière n'apparaît dans les premiers temps qu'à la surface du vitellus, que comme une île formée par une lame circulaire. Mais si l'on considère que la cicatricule de l'oiseau, quelque temps après la conception, finit par se convertir en une vésicule complète qui renferme aussi le vitellus, on n'aura plus alors de répugnance à lui trouver de l'analogie avec la vésicule qui la représente chez les mammifères. Cette analogie paraîtra plus évidente encore si l'on réfléchit que les vaisseaux omphalo-mésentériques, qui se développent dans la vésicule du germe des mammifères, expriment d'une manière fidèle la disposition des vaisseaux latéraux ou du blastoderme des oiseaux, et que les premiers linéamans de l'embryon des mammifères apparaissent dans un point de la vésicule du germe constituée par des globules qui se groupent, suivant un ordre méthodique, de chaque côté d'un axe déterminé, à la faveur des mouvemens qui produisent le même phénomène chez les oiseaux.

L'œuf des mammifères a donc dans l'ovaire, comme celui des oiseaux, trois parties qu'il faut suivre dans toutes les modifications que la conception détermine : 1° la membrane vitelline ; 2° le vitellus ; 3° la vésicule du germe ; blastoderme, ou cicatricule. Mais la cicatricule de l'oiseau, pendant que l'œuf est encore fixé dans l'ovaire, présente dans sa partie centrale une petite vésicule transparente découverte par Purkinge, et qui, s'il faut en croire Purkinge lui-même, se romprait à l'époque de la conception. Il fallait savoir si cette vésicule existe également chez les mammifères. A la suite de nombreuses expériences. M. Coste commençait à croire que les animaux de cette classe en étaient privés, lorsqu'un jour, ouvrant une lapine non-fécondée, dans le seul but d'étudier les œufs dans l'ovaire, il découvrit pour la première fois, à la surface du vitellus et dans l'épaisseur même de la vésicule du germe, une petite vésicule d'une ténuité et d'une transparence telles qu'il est impossible de rien voir qui ressemble davantage à une bulle de savon, dont elle a toute la fragilité. Il en a fait constater l'existence par MM. Laurent, Lauvillard et Rousseau, et ces savans sont restés bien convaincus de l'existence d'une vésicule dans les œufs des lapines. L'auteur considère cette partie comme l'analogue de la vésicule de Purkinge chez les oiseaux. Il passe ensuite à l'examen des premières modifications que les œufs éprouvent après leur chute de l'ovaire.

Deux jours après la conception, les œufs ont pénétré dans l'oviducte. Ils sont tellement semblables aux petits corps sphériques que les vésicules de Graaf renferment, qu'il est impossible de douter que celles-ci ne soient véritablement les œufs des mammifères. La membrane vitelline, la vésicule de germe, le vitellus, n'ont point encore subi de modification sensible.

Quatre jours après la conception, les œufs sont

parvenus dans les cornes de la matrice au nombre de quatre ou cinq pour chacune, et n'ont point encore de position déterminée. Semblables à une goutte d'eau ou à une bulle d'air, ils sont libres et mobiles. Ils ont une ligne de diamètre, et sont visibles à l'œil nu. On reconnait la membrane vitelline et la vésicule du germe; mais le vitellus a été absorbé d'une manière proportionnelle à l'accroissement de la vésicule du germe.

Cinq jours après la conception, les œufs ont pris une position fixe qu'ils conserveront pendant toute la durée de la gestation. Ils se placent suivant une ligne constante dont ils ne s'écartent jamais, et qui correspond à l'insertion du mésentère. Ils n'ont encore avec la matrice, d'autre rapport que celui du contact, et cependant il faut un certain effort pour les en détacher. Leur forme n'a point éprouvé de modification; ils sont toujours sphériques, mais ils ont sensiblement augmenté de volume. Leur diamètre est de deux lignes environ. La membrane vitelline a pris un accroissement proportionnellement bien plus grand que celui de la vésicule du germe qu'elle renferme. La vésicule du germe n'occupe que le tiers à-peu-près de la capacité de la membrane vitelline. Elle possède tous les caractères qu'elle avait dans l'ovaire. Elle est retenue collée par un point de sa surface à la face interne de la membrane vitelline, et dans l'endroit par lequel cette dernière est appliquée sur la matrice. Dans ce même point, elle présente une tache circulaire ou elliptique, constituée par des nuages de globules qui se groupent suivant un ordre que M. Coste déterminera dans un mémoire spécial. Pour le moment, il se contente de constater que cette tache se manifeste du côté de la matrice, qu'elle existe à la face externe des vésicules des germes et dans la superficie de son tissu, qu'elle est le rudiment de l'embryon.

En résumé, de tout ce qui précède, il résulte : 1° que c'est le petit corps sphérique contenu dans les vésicules de Graaf, qui est véritablement l'œuf des mammifères; 2° que cet œuf est parfaitement semblable à celui des oiseaux.

Dans une série de mémoires, M. Coste continuera l'exposition du résultat de ses recherches. Il annonce que, durant le cours de ses expériences dispendieuses et difficiles à reproduire, il a pris la précaution de n'accepter jamais aucun fait comme constant sans l'avoir préalablement fait vérifier par quelqu'un des savans distingués qui suivaient ses travaux, et parmi lesquels il cite tantôt M. Turpin, tantôt M. Louvillard, tantôt M. Rousseau.

Compte rendu officiel des séances de la Société de Médecine.

Péricardite. — Homœopathie.

M. Loiseleur-Deslongchamps occupe le fauteuil en l'absence du président.

Au sujet du procès-verbal M. Prus rapporte qu'un vieillard affecté de symptômes d'entérite et de ramollissement cérébral, offrit six jours avant la mort un désordre notable dans les mouvemens du cœur. A l'autopsie on trouva la séreuse du péricarde rouge, piquetée, rugueuse, mais il n'existait aucun épanchement, ce qui infirme l'opinion de M. Louis sur la matité, c'est-à-dire sur l'épanchement comme le premier et le plus constant des signes de la péricardite. Celle dont il s'agit datait de six jours et pourtant aucun épanchement ne s'était formé.

M. Nacquart rapporte avoir donné des soins à un enfant pris de symptômes d'apparence gastrique à la suite d'un refroidissement. La fièvre persistant d'une manière inégale, le diagnostic fut constamment obscur et variable; il n'existait que très peu de dyspnée et point de douleur locale. L'enfant affaibli par le prolongement de la maladie, mourut subitement dans un accès de suffocation. A l'autopsie l'on trouva le côté gauche de la poitrine notablement dilaté; le péricarde contenait plus de six onces d'un pus phlegmoneux qui avait rompu son enveloppe et s'était épanché dans le médiastin.

M. Colineau fait observer que ce cas de péricardite latente confirme ce qu'il a dit de la fréquente absence de la douleur, de la variation et de l'obscurité des symptômes dans la péricardite même aiguë.

M. Nacquart appelle la discussion sur la doctrine homœopathique du professeur Hahnemann, que plusieurs médecins de la capitale mettent en pratique.

M. Bourgeois dit qu'il existe à Paris des médecins qui exercent exclusivement l'homœopathie. Il a vu récemment une femme affectée d'une superpurgation due à l'administration d'un billionnième de grain d'anémone pulsatille, administré par un praticien estimable, phénomène qu'il fut d'abord porté à attribuer à quelque drastique conseillé par un charlatan.

M. Chailly rapporte avoir administré à une dame atteinte d'affection de l'utérus avec douleurs lombaires, un seizième de grain d'aconit qui termina des accidens toxiques avec convulsions. Quelques jours après la même dose fut répétée et les mêmes accidens survinrent.

M. Prus incline à rapporter cet accident à des antipathies individuelles : il connait une dame chez laquelle la moindre parcelle d'œuf, introduite, même à son insu dans ses alimens, détermine des accidens d'empoisonnement.

M. Demours rapporte un fait semblable. Une dame qui mourut très âgée, était prise de vomissemens opiniâtres lorsqu'elle mangeait une sauce contenant la moindre parcelle d'œuf.

M. Deslongchamps rappelle le fait d'un personnage célèbre qui avait une telle antipathie pour l'aspect et le parfum des roses, que pendant toute une saison il n'osait sortir. Un autre éprouvait le même éloignement pour les pommes rainettes : une personne de ses amis s'étant mis à table près de lui ayant une pomme rainette dans sa poche, l'autre se trouva mal.

M. Collineau rapporte qu'un chirurgien de Paris ne pouvait manger du riz sans être malade, qu'un autre se trouvait mal quand il sentait du fromage. Il existe, ajoute-t-il, des antipathies pour les médicamens comme pour les alimens.

M. Téallier rapporte qu'une dame affectée de métrite chronique fut narcotisée par un lavement fait avec la décoction d'une demi-tête de pavot. Huit jours après, même prescription, mêmes effets; nausées, narcotisme de 24 heures; mais les douleurs étaient calmées.

M. Latour rapporte que M. Damiron fut narcotisé pendant trois jours par un quart de lavement fait avec la décoction d'un quart de tête de pavot; un sixième de grain d'opium, pris dans l'espace de dix heures, détermina un narcotisme de cinq jours.

M. Delens, relativement à l'homœopathie, fait

observer que lorsqu'une doctrine se généralise parmi les praticiens, c'est que nécessairement elle comporte quelque chose de vrai. Avant de ridiculiser la doctrine d'Hahnemann, il eût été sage de la soumettre à l'expérience : lorsqu'il dit, par exemple, que pour dissiper en quelques instans la mélancolie suicide, il suffit de faire flairer un atome de poudre d'or broyée avec du sucre de lait. Il est bien facile de s'assurer du fait, car l'hypocondrie est une maladie aussi commune que rebelle. Essayez donc, avant de prescrire. Il y a peu d'années qu'il n'entrait pas dans nos idées médicales d'administrer l'émétique à haute dose, et pourtant la méthode rasorienne, alors accueillie avec ridicule, est aujourd'hui passée dans la pratique générale. Un fait certain, ajoute M. Delens, c'est que l'eau distillée de laurier-cerise agit plus efficacement, administrée par gouttes, que par onces. L'action des médicamens comporte tant d'inconnues, qu'il n'est pas rationel de vouloir toujours en mesurer l'action par la dose.

M. Prus dit que nous avons l'exemple d'une action homœopathique dans celle des odeurs : le professeur Dubois raconte qu'une dame devina qu'il portait une violette sur lui au malaise qu'elle ressentit à son approche.

On sait, dit M. Delens, que le musc est difficilement supporté par quantité de personnes; un grain de cette substance peut occasioner des convulsions à des millions d'individus, sans diminuer sensiblement de poids : voilà un exemple vulgaire d'action homœopathique. Or, le musc, administré à haute dose aux personnes qui ne peuvent en supporter l'odeur, ne produit plus aucun effet. Un autre point capital de la doctrine d'Hahnemann, c'est que l'agitation multiplie considérablement les forces actives des médicamens. Et pourquoi ne pas y croire, lorsque la physique nous apprend qu'un simple changement dans la disposition des molécules des corps en change également les propriétés? témoin le musc, cité plus haut, et le quinquina, qui n'agit pas de même en poudre impalpable et en poudre grossière. Il convient donc d'expérimenter avant de prescrire.

M. Chailly ajoute qu'Hahnemann accorde des propriétés médicinales à des substances réputées inertes, telles que la silice, parce qu'il pense que leur action n'est pas chimique, mais dynamique, et activée par le frottement qui développe en effet une odeur sensible dans la silice.

M. Nacquart rapporte à l'appui de ce qu'a dit M. Delens, qu'ayant, de concert avec M. Récamier, prescrit du musc à une dame qui avait un éloignement prononcé pour cette substance, ils parvinrent cependant à en faire avaler jusqu'à 24 grains, sans aucun effet. La médecine n'est pas une science plus positive que la chimie, or la chimie est aujourd'hui bouleversée par le système de la polarisation que les académies se prêtent pourtant à admettre et discuter de bonne grâce. Soumettons donc l'homœopathie à l'expérience.

M. Collineau pense qu'il y a inexactitude à comparer l'action des corps sur les sens, à celle qu'ils exercent à l'intérieur des voies digestives. La dilution des molécules médicamenteuses peut en favoriser l'absorption, et il serait rationnel de penser que tel remède ne pourrait être absorbé à telle dose lorsqu'il l'est à dose beaucoup moindre.

M. Duval pense que les médicamens agissent de diverses manières, et que notamment l'absorption ou même le contact immédiat ne sont pas toujours nécessaires, car il est de simples odeurs qui occasionent des effets purgatifs.

M. Chailly a positivement observé qu'un grain de calomel dissous dans une décoction de quatre onces d'eau, quoique très peu soluble, cause une forte purgation qui ne s'observe pas lorsqu'on administre des pilules de deux grains.

M. Prus communique une observation de péritonite hémorragique. (Voyez Mémoires et Observations.)

Le secrétaire particulier,
FORGET.

Le secrétaire général,
NACQUART

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés, dans la table, par la lettre (*a*), ont été retranchés pour double emploi, ou comme objet d'intérêt local.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

De la blennorragie chez la femme; par Ricord. 13
Considérations générales sur la thérapeutique; par S. Sandras. 19
De la trachéotomie dans la période extrême du croup; par A. Trousseau. 21
Sur l'arthrite spontanée aiguë.—Partie pathologique et thérapeutique; par P.-A. Piorry. 25
Rapport médico-légal sur un cas de viol.—Examen des taches de la chemise. — Analyse de la matière du drap de lit; par Barruel. 26
Considérations physico-chimiques sur l'homœopathie; par F. Boudet. *ib.*
De l'usage des bougies dans les rétrécissement du canal de l'urèthre; par Math. Mayor. 29
Anévrysme de la crosse de l'aorte, communiquant avec la veine cave supérieure. 30
Formule d'une potion purgative à l'usage des enfans. *ib.*
De la syncope comme moyen d'éviter aux malades la douleur des opérations chirurgicales; par M. Wardrop. *ib.*
Anévrysme de la portion inguinale de l'artère crurale. — Ligature de l'artère iliaque externe.—Guérison; par M. M. Sinclair D.-M. 31
Empoisonnement par l'huile de goudron. *ib.*
Efficacité évidente du sulfate de quinine chez une malade menacée de phthisie pulmonaire. *ib.*
Usage habituel de hautes doses d'opium; par le Dr Burdach. 32
Du traitement de la gonorrhée et de la syphilis, par le Dr J.-A. Pitschaft. *ib.*

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

Observation d'un œdème douloureux (Plegmasia-alba-dolens); par M. J. Guyot, D. M. P. 57
Considérations pratiques sur la Chlorose, vulgairement appelée pâles couleurs, accompagnées de diverses observations; par L. Labat. 60

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

Phlegmasies cutanées, par le docteur Gueyrard. 93
Observations pratiques, par le docteur Chwit. 97
Sur la *belladone*, par le docteur Peschier. 99
Note sur la préparation et l'action des médicamens, par le docteur P. Dufresne. 104
Faits thérapeutiques, par le docteur Kirschleger. 108
Observations, par le docteur Crépu. 109

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

De l'ampliation morbide de l'estomac considérée surtout sous le rapport de ses causes et de son diagnostic; par M. Duplay. 257
Causes de la difficulté qu'on éprouve quelquefois à faire la ligature des artères tibiales lors de l'amputation de la jambe; par M. Ribes. 267
De la coqueluche, mémoire qui a remporté le prix proposé par la Société de Médecine de Lyon; par M. Blache. 268
Clinique de l'hôpital ophtalmologique de Birmingham. (extrait). 282
Restauration de la vue dans les cas de staphylome et d'opacité incurable de la cornée. 284
Ces anomalies de structure et des maladies du thymus.

(11e article.); par F. C. Haugsted. 286
Epilepsie guérie par la ligature de l'artère carotide primitive.—Emploi du trépan dans l'épilepsie.—Extraction d'un haricot contenu dans la vessie. — *Pupura hémorrhagica* guérie par le tartre stibié. — Chatonnement du placenta compliqué de la présence d'un polype fibreux dans l'utérus. 293

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Suite des recherches sur les épidémies; par M. le baron Alibert. 193
Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon; par M. Brachet. 197
Rapport sur le tarentisme; par MM. Andral père et Virey. 200
Hypertrophie des os du crâne; suite d'hydrocéphale; par M. Andral. 202
Cancer du rein droit. Présence de la matière cancéreuse dans la veine rénale, la veine cave et le bassinet; par M. Peltier. 203
Hémorrhagies entre le placenta et le chorion, avortement à sept mois de la grossesses; par MM. Crisolle et Cascaux. 205
Tumeur squirrheuse du pylore; par M. Denonvilliers. *ibid.*
Variole. — Magnétisme animal.—Paralysie faciale guérie par la strychnine.—Fracture de l'humérus sur un nouveau-né.—xtirpation d'un squirrhe du rectum. 207

F. TRANSACTIONS MÉDICALES.

Histoire médicale du Choléra-Morbus de Paris; par J. J. Deville. 155
Congestion sanguine dans les cavités d'un enfant mort-né.—Brûlure par le fluide électrique; par M. Volpelière d'Arles. 169
Blessure par une arme à feu chargée à balle, simulant une blessure par une charge à plomb; par M. Jacquemin. 170

G. JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE.

Mémoire sur les tumeurs sanguines du crâne; par M. Velpeau. 255
Contusions du crâne. 257
Ligature de l'artère carotide, pratiquée pour arrêter une hémorrhagie de l'oreille et du pharynx. — Hoquet opiniâtre traité avec succès par le vésicatoire; par M. le Dr Desportes. 259
Péritonite aiguë. — Mort; observation par M. le docteur Fullet. 262
Réfutation de l'opinion que M. Velpeau a émise sur un procédé proposé en 1829 pour cette opération; par M. le Dr Barthélemy (de Samur). 264
Dilatation de l'Aorte abdominale. — Guérison; Observation par M. Bombelon. 265
Maladie des colonies, fréquente surtout à la Martinique; par M. G. Noverre. 266
Observation sur un corps étranger introduit dans les voies Aériennes; Par M. Gaultier de Claubry, D. M. P. 270
Hôpital de la Charité. (Clinique de M. le professeur Bouillaud.) Relevé des entérites folliculeuses observées dans ce service; par M. le Dr Jules Pelletan. 272
Accidens graves dissipés par un flux hémorrhoïdal. — Circonstances remarquables qui se rattachent à l'anatomie pathologique de cette maladie à son traitement, etc. — Réflexions; par A Vidal (de Cassis). 277
Inductions relatives a la pathologie et traitement des maladies de l'estomac, des intestins et d'autres organes; suivies d'une analyse critique des idées de sir Charles Bell sur les nerfs de la face; par le docteur O'Beirne de Dublin, Chirurgien de l'hôpital Richmond, etc.; Analysé par J. Eager, D. M. P. 280
Examen de la doctrine de Charles Bell sur les nerfs de la face. 254

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Accès hystérique et hoquet périodique guéris par l'injection d'une grande quantité d'eau froide. 47
Considérations pratiques sur le traitement des maladies la matrice, et une modification apportée au spéculum uteri. 48
Observation de syphilis constitutionnelle avec ulcération du col de la matrice, indurations et végétations, rhagades à l'anus, etc., guérie par les antiphlogistiques et la pomade de Cyrillo. 50
Des taxes et honoraires des médecins, chirurgiens et officiers de santé, lorsqu'ils procèdent à des opérations de médecine légale, sur la réquisition des officiers de justice. 51

I. GAZETTE MÉDICALE.

Mémoire sur les anévrismes faux primitifs et faux consécutifs et sur leur traitement par la méthode d'Anel ou de Hunter ; par Nichet. 497
Expériences sur l'origine du vaccin naturel. 503
Observation sur l'utilité de la compression abdominale dans certain cas d'accouchemens artificiels ; par M. Rognetta. 504
Observation sur un cas remarquable de taille hypogastrique ; par M. Rognetta. 505
Anévrisme de l'artère cubitale ; par M. Sommé. 506
Sur le choléra-morbus qui règne actuellement à Paris comparé au choléra de 1832. 507
Sur les vagissemens utérins ; par M. Villeneuve. 510
Blessures de l'artère radiale ; par M. Bérard jeune. 511
Choléra guéri par le nouveau procédé de M. Petit ; par M. Fauconneau-Dufresne. 513
Expériences homœopathiques faits à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; par M. Gueyrard. 514
Recherches chimiques sur le choléra ; par Wittsockt. 515
Chorée traitée par le carbonate de fer ; par le Dr Hutchinson. 521
Explication des bruits du cœur ; par M. Bryan. 522
Traitement de l'hydrocéphale chronique par l'iode ; par le Dr Caldwell. 524
Emploi de l'iode dans le traitement de l'inflammation de la conjonctive chez les enfans scrophuleux ; par M. Closs. 524
Rupture du duodénum ; par J. Collier. *ibid.*
Sur la consistance du sang coagulé ; par le Dr Johnson. 525
Tétanos traumatique traité par le carbonate de fer ; par Dehane. 526
Incertitude de la durée du travail de l'accouchement ; par J. Chatto. *ibid.*
Hydrophobie développée 3 mois après la blessure ; par M. Cox. 527
Sonde de femme tombée accidentellement dans la vessie ; par J. Toogood. 528
Développement du clitoris et des nymphes traité par l'amputation de l'organe. *ibid.*
Infirmerie royale de Glascow (Macparlane). Développement chronique du clitoris et des nymphes, traité par l'amputation de ces organes. *ibid.*
Note sur une épidémie de varicelle développée sous l'influence de la vaccination ; par M. Bechet. 529
Remarques sur la théorie et le traitement de la fièvre scarlatine ; par M. Sandwich. 530
Quelques observations sur la grippe qui a regné à Genève en 1831 ; par le Dr Lombard. 531
Sur la difficulté de déterminer le siége de quelques hémorrhagies artérielles ; par M. Dubreuil. 535
Tumeur fongueuse de la dure-mère ; par M. Bérard. 539

J. LANCETTE FRANÇAISE ; GAZETTE DES HOPITAUX.

De la réclination capsulo-lenticulaire ou nouveau procédé d'abaissement de la cataracte avec une aiguille nouvelle ; par M. Bergeon. 375
Leçons de M. Andral sur les Convulsions. 377
Hôpital des enfans malades (M. Guersent). Phthisie pulmonaire chez un enfant de 4 ans. 378
Hôtel-Dieu de Troyes (M. Bédor). Taille urétro-vésicale chez une jeune fille de six ans. 380
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Chute sur la tête ; érysipèle phlegmoneux ; complications ; mort. *ibid.*
Hôpital des enfans malades (M. Guersent). Observations de choléra. 381
Hôpital de Dublin (M. Graves). Des convulsions chez les enfans. 183
Hôpital de Milan (M. Scalvanti). Abcès enkysté du cerveau. 385
Hôpital d'Alexandrie (M. Clot-Bey). Tumeur éléphantiaque du scrotum. 386
Hospice des enfans trouvés ; de Bordeaux (M. Chandru). Duodénite intense ; complications ; mort. 388
Hôpital d'Alexandrie (M. Clot-Bey). Tumeur éléphantiaque du scrotum avec complication de deux hydrocèles, extirpation ; guérison. 389
Hôpital de la charité (M. Boyer). Luxation primitive du fémur en arrière. 391
Hôpital des enfans malades (M. Baudeloque). Scarlatine simulant la rougeole au début. 393
Hôpital civil de la Rochelle (M. Pinet). Pneumatocéphale externe, guéri par le recollement de la calotte aponévrotique. 295
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Affection cancéreuse développée à la jambe gauche ; amputation ; guérison. 396
Hôpital de la Charité (M. Bouillaud). Résumé des cas de pneumonie observés. 397

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Des puits forés ou artésiens employés à l'évacuation des eaux sales et infectes et à l'Assainissement de quelques fabriques. — Rapport fait à M. le Conseiller d'état préfet de Police ; par MM. Girard et Parent-Duchatelet. 155

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de l'arachnitis cérébrale ; par M. L. Marinet. 229
Note sur l'emploi des bains sulfureux dans la chorée ; par M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des Enfans. 232

De la créosote et de ses propriétés thérapeutiques dans les brûlures, les dartres, la gangrène, les ulcères scrofuleux, et généralement toutes les suppurations de mauvaise nature; par M. Reichenbach. 233
Du traitement des taies de la cornée; par M. Tavernier. 235
Est-il permis de provoquer l'accouchement avant le terme que la nature assigne à la grossesse? 237
De la créosote et de sa préparation. 238
Note sur l'alcool sinapique; par M. Fauré, pharmacien à Bordeaux. 240
Nouveaux faits en faveur de l'ergot de seigle dans les accouchemens par inertie de l'utérus; par M. Alp. Guérolt, d. m. à Bosclehard (Seine-Inférieure). 241
État du choléra-morbus à Paris. — Poids de l'homme aux différens âges. 241
Exposé succinct de la doctrine homœopathique du docteur Samuel Hahnemann (2e article). 242
Considérations thérapeutiques sur l'acupuncture et ses principales indications. 245
De la compression employée comme traitement curatif de quelques tumeurs glandulaires fibreuses et sanguines, par M. Carron de Villards. 247
Du traitement des brûlures par le typha. 249
Note additionnelle au procédé pour réduire de petites quantités d'acide arsénieux, par P.-H. Boutigny, pharmacien à Évreux. 251

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

Recherches chimiques sur quelques substances quaternaires d'origine organique; par J.-P. Couerbe. 117
Mémoires sur la kréosote, par M. Reichenbach de Blausko, extrait et traduit de l'allemand; par M. A. G. Vallet. *Voy.* Bulletin de Thérapeutique 15 octobre. 122
Extrait des annales de Chimie et de Physique; par M. P.-F.-G. Boulay. — Recherches chimiques sur la nature de fluides élastiques qui se dégagent des volcans de l'équateur. 125

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Analyse clinique d'un liquide employé contre les maladies de la peau : dartres, gale, etc.; par M. Lassaigne. 85
Action de l'acide oxalique sur l'alcoolate calcique; par P. H. Boutigny. *ib.*
Note sur une falsification de la levure; par M. Payen. 86
Nouvelle réaction de la substance intérieure de la fécule *ib.*
Note additionnelle au procédé propre à démontrer la présence d'un cent-vingt-huitième de grain d'acide arsénieux; par P. H. Boutigny. Voy. Bulletin de Thérapeutiques, 8 octobre.
Mémoire sur une substance nouvelle, nommée Apirine; par M. Bizio. 87
Sirop de café. *ib.*
Mémoire sur la barégine; par M. Longchamp. 88
Recherches de chimie organique; par M. J. Dumas. 89

BIBLIOGRAPHIE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.